



Universidade de Brasília  
Faculdade da Ceilândia  
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

LUANA RODRIGUES DA SILVA

**Um Estudo Qualitativo dos processos decisórios da Equipe de Enfermagem da  
Casa de Parto de São Sebastião- DF**

Brasília  
2015



Universidade de Brasília  
Faculdade da Ceilândia  
Curso de Graduação em Saúde Coletiva

LUANA RODRIGUES DA SILVA

**Um Estudo Qualitativo dos processos decisórios da Equipe de Enfermagem  
da Casa de Parto de São Sebastião- DF**

Orientadora: Dra. Rosamaria Giatti Carneiro

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Saúde Coletiva da Faculdade de  
Ceilândia da Universidade de Brasília – FCE, como  
requisito parcial para obtenção do título de bacharel  
em Saúde Coletiva, aprovada pela Banca  
composta pelas seguintes professoras:

Dra. Rosamaria Carneiro (orientadora - UnB)

Luana Rodrigues da Silva

**Um Estudo Qualitativo dos processos decisórios da Equipe de Enfermagem da  
Casa de Parto de São Sebastião- DF**

Data de Defesa:

Resultado:

**BANCA EXAMINADORA:**

Profª Drª. Rosamaria Carneiro

---

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Profª. Drª Antônia de Jesus Angulo Tuesta

---

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Profª. Drª Patricia Maria Fonseca Escalda

---

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho especialmente a minha mãe Antonia Rodrigues por ser minha direção e apoio sempre e a João Pedro meu sobrinho querido. E também a todos aqueles que lutam para a consolidação da saúde como um direito humano.

*“E aprendi que se depende sempre  
De tanta muita diferente gente  
Toda pessoa sempre é as marcas  
Das lições diárias de outras tantas pessoas*

*E é tão bonito quando a gente entende  
Que a gente é tanta gente  
Onde quer que a gente vá  
E é tão bonito quando a gente sente  
Que nunca está sozinho  
Por mais que a gente pense estar”*

*Caminhos do Coração*

*Gonzaguinha*

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus pela coragem dada a mim durante esta jornada acadêmica. Agradeço também aos meus pais Antonio e Antonia, irmãos e família por seu carinho e apoio para que eu alcançasse mais esta etapa de minha vida.

À Luan Filipe por sua paciência compreensão e amor.

Aos meus amigos Daniela Ketlyn, Danylo Vilaça, Deildeala Barros (Diala) e Paula Maria pelas alegrias e tristezas compartilhadas, a amizade ao qual levarei a vida toda e a parceria por uma saúde digna a todos.

A professora Dra. Rosamaria Giatti Carneiro pela confiança e partilha de seu conhecimento durante esta pesquisa, que também considero como sua.

A todos os professores do curso de Saúde coletiva que foram importantes na construção da minha “caixa de ferramentas”.

As minhas colegas de do grupo de pesquisa: Gessika, Márcia Cristina, Marcinha e Midiã pelo apoio e toda a ajuda prestada.

Aos colegas do curso de Saúde Coletiva que estiveram presentes em minha vida em especial Ana Carolina e Carla.

Por fim, agradeço a Equipe de Enfermagem da Casa de Parto de São Sebastião pelo acolhimento e imensa contribuição dada para a realização desta pesquisa.

## RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso em Saúde Coletiva teve como objetivo compreender como se constitui e se desenvolve o universo da Casa de Parto de São Sebastião- DF, e como as enfermeiras tomam suas decisões para que se determine se esse modelo auxilia a gestão do Sistema Único de Saúde. Para isso foi utilizada a metodologia de pesquisa qualitativa de cunho etnográfico, bem como entrevistas semi-estruturadas para que se conhecesse as histórias de vida e motivações das enfermeiras que ali trabalham. Pude conviver com algumas mulheres da equipe de enfermagem e recontar a trajetória de três delas, que vieram de lugares diversos e possuem trajetórias e experiências distintas. Concluí, portanto, que após adentrarem à Casa de Parto as enfermeiras são inseridas em uma cultura organizacional mais horizontal e hierarquicamente simétrica, além de uma pactuação sobre decisões e trabalho em equipe diferenciado, que contribui para mudanças dos serviços de saúde e que as motivam a permanecerem trabalhando ali.

**Palavras – chaves:** Tomada de decisão. Equipe de Enfermagem. Histórias de vida. Motivação.

## **ABSTRACT**

The present monography of Coletiv Health course, aimed at understanding how it is constituted and develops the universe of the Birth Center of St. Sebastião- DF, and how nurses take their decisions in order to determine if this model helps management the Universal Health System. For this, was used the qualitative research methodology of feature ethnographic as well as semi-structured interviews to getting to know the life stories and motivations of the nurses who working there. I lived together with some women of the nursing team and recounted the history of three of them, who came from different places and have different trajectories and experiences. Conclude, therefore, that after step into the Birth Center nurses are inserted in a more horizontal and symmetrical hierarchically organizational culture, and a pact on decisions and work in different team, contributing to changes in health services and that motivate remain working there.

**Key - words:** Decision Making. Nursing staff. Life Stories Motivation.



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
CAPÍTULO 1 - O QUE SÃO AS CASAS DE PARTO NO BRASIL? .....	12
1.1 - Contexto histórico e cultural do parto. ....	12
1.2 - A profissionalização da medicina no século XX .....	15
1.3 - As Casas de Parto no Brasil .....	17
1.4 - Legislação dos Centros de Parto Normal dentro do SUS .....	20
1.5 - História da Casa de Parto de São Sebastião- DF .....	23
1.6 - História da Enfermagem Obstétrica .....	24
CAPÍTULO 2 - PASSO A PASSO DA PESQUISA.....	27
2.1- O caminho: método e conceitos .....	27
2.2 - A construção do Desenho da Pesquisa.....	29
2.3 - O Campo da Saúde coletiva como Campo de Saberes .....	32
2.4 - A importância dessa pesquisa .....	34
CAPÍTULO 3 - POR DENTRO DA CASA DE PARTO DE SÃO SEBASTIÃO.....	36
3.1- A Casa de Parto: Como vim parar aqui? .....	36
3.2 - Descrição do campo de pesquisa: o que encontrei .....	37
3.3 - O caminho até a Casa .....	40
3.4 - Primeiras impressões.....	41
3.5 - Quem encontrei na Casa de Parto .....	43
3.6 Da “linha de cuidado” .....	44
3.7 - O Protocolo e as Reuniões da Equipe .....	47
3.8 - As decisões da equipe .....	51
3.9 - Principais questões para a Casa de Parto: O trabalho em Rede .....	54
3.10 - Histórias de vida.....	56
3.11 - Os Entraves da Pesquisa em Campo.....	62
3.12 - Hierarquia e co-gestão nos processos decisórios .....	63
CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES TEÓRICAS À LUZ DO CAMPO.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
APÊNDICE .....	79
ANEXO .....	80

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um dos maiores sistemas de saúde do mundo sendo, em seu interior, a saúde dever do Estado e direito dos cidadãos. O oferecimento de ações e de serviços deve ser de forma gratuita a todos os brasileiros e as brasileiras, desde o momento do nascimento. Dentro dessas ações e serviços se insere o cuidado a gravidez, parto e puerpério, que são oferecidos por diversos profissionais e estabelecimentos de saúde.

O intuito deste trabalho é, portanto, compreender como se constitui e se desenvolve o universo de uma Casa de Parto, mais especificamente, a tomada de decisões por parte da equipe de enfermagem da Casa de Parto de São Sebastião, no Distrito Federal e, por fim como esse modelo de tomada de decisões pode auxiliar o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.

Pretende-se compreender como ocorre a pactuação dos profissionais de saúde em relação ao cuidado e atenção às decisões cotidianas encontradas na Casa de Parto, bem como refletir se existe um modelo diferenciado de tomada de decisões próprio dessa equipe, mapeando também as particularidades do sistema no qual essas profissionais se inserem.

Este trabalho está dividido em quatro capítulos: no capítulo um, trago o contexto histórico e cultural do parto; da profissionalização da medicina e do desenvolvimento das Casas de Parto no Brasil; a legislação pertinente aos Centros de Parto Normal dentro do Sistema de Saúde e a história da Casa de Parto de São Sebastião- DF e da Enfermagem Obstétrica brasileira.

No segundo capítulo é apresentada a metodologia de pesquisa e o passo a passo da entrada em campo, são mencionados os métodos e conceitos pertinentes a pesquisa, além da descrição do campo de pesquisa. Para além da metodologia, estabeleci a importância do tema para a Saúde Coletiva. No terceiro capítulo é apresentado o trabalho de campo, com a descrição do universo de pesquisa que compreende o local e os sujeitos inseridos nele; as observações pertinentes e as entrevistas e histórias de vida das mulheres que ali trabalham, bem como os processos de tomada de decisão da equipe de enfermagem. No quarto capítulo há a análise teórica dos resultados e conclusões encontrados em campo. E nas considerações finais há um compilado dos resultados da pesquisa de campo e sugestões para o campo teórico e prático da Saúde Coletiva.

Este é um trabalho desenvolvido para o Curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, da Faculdade de Ceilândia, espero que essa pesquisa seja objeto de reflexão dos gestores para compreensão dos micros sistemas de saúde, organizações que compõem o grande universo que é o Sistema Único de Saúde, bem como dos trabalhadores que fazem parte dele e que inventam e reinventam a cada dia o cuidado em saúde.

## **CAPÍTULO 1 - O QUE SÃO AS CASAS DE PARTO NO BRASIL?**

### **1.1 - Contexto histórico e cultural do parto.**

Casas de Parto são locais onde as gestantes que se enquadram na classificação de baixo risco<sup>1</sup> podem dar a luz com o menor número de intervenções possíveis, de forma que esse local não precise estar incorporado em um ambiente hospitalar ou necessitar da presença do médico. Nesses locais toda a assistência é concedida por equipes de enfermagem que preconizam por ações não invasivas, respeitando os desejos possíveis das parturientes com o intuito de proporcionar cuidado e conforto.

As Casas de Parto possuem ambientes semelhantes a domicílios ou até mesmo de casa, daí a denominação “Casa” de parto, e se distanciam do conceito de ambiente hospitalar.

Estas representam a interligação que há entre os próprios domicílios das parturientes e o hospital. Porém, antes de aprofundar sobre o local “Casa de Parto” e sobre a discussão de suas características, é preciso entender o processo que culminou a necessidade e a sua criação.

O parto, evento centralizador de uma Casa de Parto, é compreendido pela biomedicina como um acontecimento fisiológico, natural, em que o corpo sofre alterações hormonais e físicas, que possibilitam a descida da criança pelo canal vaginal e assim “nasce uma nova vida”.

No entanto, além de um fenômeno biológico, a construção social de significados atribuídos a esse evento demonstra a concepção de um evento social, em que um novo indivíduo é recebido na sociedade, e mais, é considerado como um evento íntimo e familiar. Dessa forma, tendo em vista a experiência de parto vivida pelas mulheres, pode-se analisar a demonstração dos aspectos socioculturais e das formas de atenção à saúde da mulher.

A compreensão dos significados atribuídos ao nascimento parece determinante para a reflexão das práticas de cuidado oferecido e o entendimento de todo o movimento que se desenvolveu até o surgimento das Casas de Parto.

Atualmente, o que se observa é o uso indiscriminado de intervenções: que seriam desnecessárias, o aumento de danos causados às mulheres submetidas a

---

<sup>1</sup> Gestação de baixo risco: gestação na qual os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e

intervenções no parto, a diminuição da participação da mulher no projeto do seu parto e um aumento significativo dos casos de violência obstétrica entre outros.

Traço aqui, o início de uma linha de tempo que culminou às práticas de assistência ao parto, presenciadas atualmente, para isso volto na história até meados do século XVI em que Castilho (2000. p.14) aponta sobre os conhecimentos indígenas a respeito do parto, que por meio de conhecimentos empíricos e fundamentados na magia foram estabelecidos culturalmente à assistência ao nascimento. Em relação ao parto Pires (1989, p.24) diz que,

A gravidez e o parto eram considerados absolutamente fisiológicos, sem qualquer acompanhamento de saúde neste processo e nem cuidados especiais de atendimento à parturiente.[...] O parto normalmente era fácil, feito de cócoras; a descida do feto e das páreas era acompanhado de pouco sangramento. O cordão umbilical era seccionado pela própria parturiente, com os dentes ou uma lasca de taquara, e amarrado com um cipó ou raiz. O recém-nascido era lavado no rio mais próximo, onde a mãe também se banhava. Eram raras as distócias e os partos duplos. (PIRES, 1989, p. 24).

As características gerais dadas ao parto indígena por Pires tornam-se mais específicas ao se falar em determinadas etnias indígenas.

A mulher indígena não tinha assistência médica ou profissional, todo o cuidado com o corpo era próprio da mulher e passado de geração a geração, sendo que toda decisão cabia a ela própria, para tanto em relação às práticas de parto da mulher Tupinambá, Pessoa & Silva (2008, p.4) reiteram que “se o parto fosse complicado as mulheres recebiam ajuda de seus maridos, eles pressionavam o ventre para apressar o nascimento”.

Alguns cuidados eram específicos de cada etnia como: utilização de ervas; cumprimento de regras alimentares; evitar emoções fortes e o acompanhamento de mulheres parturientes. (GIL, 2007, p. 27). Em momentos de intercorrências, nesses casos era necessário a “curanderia” daquele responsável pela mesma na tribo. Segundo Gil (2007, p.28) nas tribos dos Katukina e os Yawanawa,

Os pajés também podem fornecer tratamentos preventivos e curativos por meio de plantas medicinais ou rezas, durante a gravidez, para preservar a saúde da mãe e da criança, durante o parto, se este apresenta complicações, ou no pós-parto, para tratar doenças causadas pelo descumprimento das normas anteriormente mencionadas. A esse respeito, deve considerar-se que o uso de práticas xamânicas não está, exclusivamente, em mãos dos homens. Muitas mulheres experientes na realização de partos conhecem práticas xamânicas (rezas e ervas) e as

utilizam para solucionar problemas durante a gravidez e o parto. (GIL, 2007, p. 28).

No período colonial segundo Hotimsky (2001, p. 41) “dar à luz teria sido uma coisa de mulher, sendo a presença de homens na cena do parto um fato excepcional”.

As mulheres pariam em suas casas, na presença de outras mulheres que assistiam o parto e ofereciam a assistência técnica baseada na tradição. A assistência era realizada por parteiras que detinham conhecimentos empíricos, geracionais e vocacionais, em que a tomada de decisão era feita em comum acordo entre mulher e a parteira, ou seja, a prática do parto era fundamentada em ações coletivas femininas.

O parto, segundo a Igreja Católica, deveria ser um momento marcado pelo sofrimento, ao passo que era uma condição ligada ao pecado original e as mulheres deveriam então sofrer durante o parto para pagarem pelo “pecado” original cometido.

Os partos antes da hospitalização ocorriam ainda em domicílio e muitas mulheres se organizavam coletivamente auxiliando a parturiente durante seu trabalho de parto, “estando presentes além da parturiente e da parteira, parentes, vizinhas e comadres daquela” (HOTIMSKY, 2001, p. 41).

A partir do início do século XX, a configuração dos modelos de assistência muda com a hospitalização e medicalização do parto. “No Brasil, a vinda da Coroa Portuguesa (ao longo dos séculos XIX e XX) possibilitou o desenvolvimento de Escolas de Medicina e cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808” (BRENES, 1991, p. 137).

Com o passar do tempo os médicos tomaram a frente das cenas de parto, antes pertencentes apenas às parteiras e mulheres. Houve então, a partir desse domínio médico, a marginalização e discriminação das ações e do conhecimento empírico das parteiras. “A parteira era vista não como aliada, mas como concorrente” (HOTIMSKI, 2001, p 35).

## 1.2 - A profissionalização da medicina no século XX

Segundo Foucault em seu texto “Microfísica do Poder” (1984), a Medicina Social já existia no século XVIII e se desenvolveu em três momentos: sendo que o primeiro correspondia a fase da medicina do Estado em que o Estado passa a

monopolizar o ensino médico; da medicina urbana em que a cidade foi organizado para o enfrentamento da disseminação de doenças nos aglomerados e o terceiro momento em que há a medicalização do trabalhador de forma que no século XIX os pobres (força de trabalho ) são excluídos e considerados perigosos, precisando ser medicalizados para que não disseminem doenças.

O hospital, que até então era um depósito de loucos, prostitutas e pobres que deviam ser cuidados não com o objetivo da cura, mas sim por benevolência, foi transformado e disciplinado com a finalidade de se evitar a desordem antes comum a ele.

A biomedicina dividiu o corpo em partes, foram criadas as especialidades e as tecnologias. Dentro do hospital toda ordem médica deveria ser acatada mesmo que ainda contra a vontade dos pacientes, em função da saúde e bem-estar. O corpo passou a ser apropriado pelo outro.

Dessa forma, com a profissionalização e desenvolvimento da medicina, modificou-se então o local do parto, da casa ele se deslocou para o hospital, onde permaneceu sob o controle médico.

As mulheres foram então medicalizadas e cuidadas sob o olhar médico masculino, de forma que o corpo feminino tornou-se uma linha de montagem destinada à reprodução, por isso Davis Floyd (2000, p.6) afirma que “o hospital se tornou uma fábrica, o corpo da mãe uma máquina e o bebê o resultado de um processo de produção industrial”.

Com o crescente número de intervenções, ao longo dos anos 70 e 80, os movimentos sociais, comunitários, o movimento feminista- que lutava contra as desigualdades de gênero que muitas vezes culminavam em problemas de saúde para as mulheres- e o movimento da Reforma Sanitária criticaram o Modelo de assistência curativista<sup>2</sup> vigente.

Sendo que esses movimentos, foram imprescindíveis para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se consolidou durante a VIII Conferência de Saúde (1986), formulando um novo modelo de saúde, tornando-se esta pública e universal, sob o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, segundo os princípios da Constituição Brasileira de 1988.

---

<sup>2</sup> Assistência curativista: modelo de assistência centrado no hospital, na consulta médica e na cura das doenças.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já demonstrava preocupação com os níveis alarmantes de intervenções desnecessárias que culminava no aumento do número de mortes maternas e da mortalidade infantil, a partir disso, formulou-se uma série de recomendações para o acompanhamento ao parto que são contidas em dois documentos essenciais.

O primeiro documento intitulado “Tecnologia Adequada para Partos e Nascimento” (OMS, 1985) retrata os “deveres dos serviços de saúde em relação ao parto e nascimento, discorda do uso inadequado e indiscriminado de tecnologias invasivas no parto, assim como destaca os direitos da população à assistência pré-natal e à informação” (PORFIRIO, 2009, p. 40).

E em um segundo documento, o Guia Prático de Assistência ao Parto Normal (OMS, 1996), onde constam os objetivos da assistência ao parto, que segundo a OMS “é ter uma mãe e uma criança saudáveis, com o menor nível de interferência e com a segurança” (OMS, 1996, p. 10).

Conforme Hotimsky, “no parto normal deve existir uma razão válida para interferir no processo natural” (HOTIMSKY, 2001 p. 143), ou seja, qualquer interferência deve ser baseada em evidências científicas, quando necessárias e que não sejam realizadas por simples conveniência médica ou hospitalar.

Ainda que a tecnologia e os avanços da Medicina sejam bem vindos, na cena de parto quando usada irracionalmente ela subtrai da mulher o direito às escolhas e acontecimentos de sua vontade. Usam-se na cena de parto, as inúmeras intervenções desnecessárias como as episiotomias<sup>3</sup>, manobras de Kristeller<sup>4</sup>, utilização de fórceps<sup>5</sup>, cesarianas, entre outras.

Segundo Diniz (DINIZ, 2005, p. 629), “uma vez que esse uso irracional provoca mais danos do que benefícios”, a partir daí inicia então nos anos 80 um movimento em prol do uso correto de tecnologias no parto, denominado no Brasil de “Humanização do Parto”. Sendo que o movimento pela humanização do parto é

---

<sup>3</sup> Segundo a OMS (1996), a episiotomia é uma operação ampliadora para acelerar o desprendimento diante de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e iminência de laceração de 3º grau. World Health Organization. Classification of practices in normal birth. In: Care in normal birth: a practical guide. Geneva, 1996. p. 34.

<sup>4</sup> A manobra de Kristeller “consiste na pressão realizada por médico ou enfermeiro no fundo uterino para uma saída mais rápida do bebê.

<sup>5</sup> O fórceps é uma ferramenta parecida com um alicate que é utilizado para puxar o bebê quando por qualquer razão não há saída espontânea ou sem dificuldade.



incentivado por experiências de estados como o Ceará, Goiás, Rio de Janeiro, São Paulo e Pernambuco.

A partir dos anos 90 outros movimentos sociais se organizam para a fiscalização e informação das mulheres a respeito da compreensão do processo de parto, cuidado adequado além da reivindicação de direitos, de forma que se destaca a ReHuNa (1993) “os encontros presenciais e locais”.

Além disso, “no final da década se destacam as colaborações em meio virtual através de listas eletrônicas como Parto Natural, Amigas do Parto, Materna, Parto Nosso, Mães Empoderadas, entre outras” (TOURNQUIST, 2004, apud DINIZ, 2005, p. 631).

Com base nesses movimentos citados acima que ações foram desencadeadas, ainda ao longo da década de 1990, e acarretaram mudanças do cenário de assistência ao parto, culminando na criação das Casas de Parto, e trazendo um novo olhar sobre o parto e o partejar no Brasil.

### 1.3 - As Casas de Parto no Brasil

O processo de humanização do parto no Brasil se desenvolveu devido às mobilizações sociais e políticas. Com a disseminação do modelo de assistência obstétrica recomendado pela OMS<sup>6</sup> (1985) que propôs o uso adequado das tecnologias e de práticas humanizadas (1996), modificou-se o olhar frente às atividades de saúde de forma que o governo brasileiro e o Ministério da Saúde tomaram medidas para a implantação de um novo Modelo de assistência ao parto.

O Ministério da Saúde por meio da Portaria 2.815/98 GM de 29 de maio de 1998, inclui na tabela do sistema de informações hospitalares do SUS, e na tabela do sistema de informações ambulatoriais, procedimentos de parto normal realizado por enfermeiro obstetra.

No ano de 1999 o Ministério da Saúde publicou a portaria MS/985 de 05 de agosto de 1999 que criou os Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela possibilitou as enfermeiras obstétricas o desenvolvimento de práticas consideradas apropriadas segundo as diretrizes da política de humanização do parto e nascimento, instituído pela Portaria nº 572 de 1

---

<sup>6</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

de junho de 2000 o Componente III do PHPN – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto.

O Centro de Parto Normal ou Casa de Parto é um estabelecimento de assistência ao parto normal sem distócia<sup>7</sup>, que atende as gestantes de baixo risco e atua dentro do Sistema de Saúde juntamente as outras unidades locais. Dependendo de sua localização recebe designações como intra-hospitalar, peri-hospitalar ou como unidade isolada desde que disponha de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência, conforme disposto na Portaria n. 985/GM, de 05 de Agosto de 1999. A Casa de Parto deve oferecer remoções quando necessárias. É um local mais semelhante a residências, permitido a presença de acompanhantes e a visitação à mãe e bebê.

Se comparado a outros países, como Estados Unidos, Alemanha, Reino Unido, Itália, França, Suíça, Japão, Austrália e Nova Zelândia, a experiência das Casas de Parto no Brasil é relativamente nova, pois nesses países esse modelo foi adotado a partir de 1980” (KIRKHAM, 2003, apud RIESCO et al, 2009 ).

Mesmo assim, no Brasil, algumas instituições já auxiliavam aos partos normais antes mesmo da criação da Portaria nº 985, de 1999, pelo Ministério da Saúde, que estabelecia a criação do Centro de Parto Normal.

No Brasil, segundo Pereira (2007. p.33), “a primeira Casa de Parto foi a do ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA)” que esteve de portas abertas do ano de 1983 a 1998 numa comunidade carente na periferia de São Paulo que compreendia as favelas Monte Azul, Peinha e dos bairros circundantes<sup>8</sup>.

Esse serviço foi coordenado durante muito tempo pela parteira Angela Gehrke da Silva, que trabalhava fora do ambiente hospitalar. Angela foi uma parteira diplomada na Alemanha, que desenvolveu no Brasil um trabalho junto à Casa de Parto da Associação Comunitária Monte Azul e (ACOMA).

Segundo assinala Hotimsky (2001) no ano de 1998, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN- SP) alertou que Angela não poderia exercer a profissão sem revalidar seu diploma e obter o título de obstetriz ou enfermeira obstétrica. O diploma então só viria a ser conseguido no ano de 1999, por meio da escola Anna Nery de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dois

---

<sup>7</sup> Distócia: complicação no parto que dificulte ou impeça o parto.

<sup>8</sup> CASA ANGELA. Casa de Parto da Associação Comunitária Monte Azul. Disponível em: <<http://www.casaangela.org.br/>>. Acesso em: 29 de jan de 2014.

anos antes da morte de Angela, a primeira casa de parto fechou as portas. Atualmente, a casa de parto da associação se chama Casa Angela, em homenagem a parteira.

A ACOMA, foi seguida pela implantação de outras Casas de Parto, dentre as quais se destacam o centro de parto normal intra-hospitalar, no hospital São Pio X no estado de Goiás, na cidade de Ceres, no início dos anos 90 (PEREIRA, 2007. p. 33), e da primeira Casa de Parto Isolada do SUS em 1998 denominada de Casa de Parto Sapopemba, na capital de São Paulo.

Essa ultima casa, foi idealizada por David Capistrano Costa Filho, um médico sanitaria e antigo militante da criação do SUS, que segundo Pereira (2007, p.35),

Com vistas as dificuldades das mulheres em encontrar leito nas maternidades, idealizou a criação da casa de parto com equipe composta unicamente de enfermeiras obstétrica<sup>9</sup>, por considerar que essa modalidade de serviço seria adequado e menos oneroso ao sistema de saúde. (Pereira, 2007. p.35)

Em 1999, o sanitaria foi designado como coordenador do projeto das Casas de parto, por meio da Portaria GM° 888/1999, que instituiu o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo, no Sistema Único de Saúde. E designava, David Capistrano Da Costa Filho, para coordenar e supervisionar a execução do referido Projeto.

A partir de experiências como da Casa de Parto Casa Angela, foram criados outros centros e casas de parto normal. De forma que podem ser citados em Minas Gerais, o centro de parto intra-hospitalar do Hospital Sofia Feldman e a Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem de Juiz de Fora. Em São Paulo, foram criados os Centros de Parto Normal Casa de Maria, do Hospital Estadual de Vila Alpina e o Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapevi. Por último, relembro a criação da Casa de Parto de São Sebastião (2009), localizada no Distrito Federal e local de desenvolvimento desta pesquisa.

---

<sup>9</sup> Enfermeira obstétrica: profissional formada em Enfermagem com especialização em obstetrícia de acordo com a norma brasileira.

#### 1.4 - Legislação dos Centros de Parto Normal dentro do SUS

As recomendações da OMS nos anos de 1985 e 1996 objetivavam uma assistência diferente do modelo vigente de assistência ao parto de forma que segundo Diniz (2001, p.7),

A parturiente não seria mais um objeto calado e imobilizado sobre o qual se fazem procedimentos extrativos do feto, mas um sujeito com direito a voz e a movimento, de quem se espera um papel ativo, reconhecendo que será ela a parir, e da equipe se espera que ofereça o apoio quando e se necessário. (DINIZ, 2001, p.7).

Nos anos 90, o Ministério da Saúde iniciou uma série de iniciativas que convergiam para a mudança da assistência ao parto, dentre elas, estava a formulação de portarias que implementavam os Centros de Parto Normal e que incumbiam à enfermagem a gestão e serviços da Casa de Parto.

O Centro de Parto Normal (CPN), foi criado a partir da Portaria nº 985/GM (BRASIL,1999) que entrou em vigor no dia 05 de agosto de 1999, e que dispõe sobre a criação do Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para a necessária melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério além da diminuição dos óbitos por causas evitáveis.

Além desta portaria, ainda viriam as portarias N° 1459 GM/MS de 24 de junho de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. E a Portaria 904 Gm/MS de 29 de maio de 2013, que estabelece as diretrizes para a implantação do Centro de Parto Normal (CPN) no Sistema Único de Saúde, para atendimento a mulher e ao recém-nascido no momento do parto conforme a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha, é uma estratégia do Ministério da Saúde para a implementação de cuidados, para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto, puerpério, ao recém-nascido e também à criança (Ministério da Saúde Portaria nº 1,459 de 24 de junho de 2011), além de prever melhorias estruturais e, incentivos financeiros aos locais que assistem o parto normal.

No ano de 2015, em 07 de janeiro, entrou em vigor a Portaria GM nº 11 (PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015) que revogava a Portaria nº 985/GM. De forma que dentro dessa portaria ficam:

Redefinidos os critérios e diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, de acordo com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, de forma que também ficam estabelecidos dispõe sobre os incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal (BRASIL, 2015).

A definição de Centro de Parto normal agora é estabelecida no Art 3º, como uma unidade de saúde destinada a assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizado em suas dependências ou imediações (Brasil, 2015). As considerações acerca dos tipos de Centro de Parto Normal também variaram em relação as três portarias (985, 904 e 11).

A Portaria N° 985 GM/MS (1999) definia que um Centro de Parto Normal poderia ser intra-hospitalar, isto é, funcionar integrado a um estabelecimento; ou como um estabelecimento isolado, ou seja, fora de um estabelecimento hospitalar. Já a Portaria GM/MS N° 904 (2013) caracterizou um Centro de Parto Normal como Centro de Parto, Centro de Parto Normal intra-hospitalar e Centro de Parto Normal peri-hospitalar.

A nova portaria GM/MS 11 (2015) em seu Art 6º, classifica os Centros de Parto Normal em requisitos específicos como:

Art. 6º Cada tipo de CPN deverá observar aos seguintes requisitos específicos:

I - CPNi Tipo I:

a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;

b) possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio; e

c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta;

II - CPNi Tipo II:

a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;

b) possuir ambientes compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e

c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto; e

III - CPNp:

a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas;

b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou

intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;

c) ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado, nos termos do anexo I; e

d) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta (BRASIL, 2015).

Uma diferença importante pode ser observada quanto a definição de um Centro de Parto Normal peri-hospitalar. Enquanto, na Portaria 985 (2011), esse seria equivalente a um Centro de Parto Normal isolado, considerado apenas fora do hospital, na Portaria 904 (2013), o CPNp equivaleria a um local que estivesse a uma distância de 200 metros de um estabelecimento hospitalar. Já na Portaria 11 (2015), ao se falar em CPNp, considera-se que este deve estar localizado nas imediações do hospital de referência a uma distância a ser percorrida em tempo inferior a 20 minutos. Essa última disposição indica uma possível tentativa de se habilitar mais Casas de Parto ou Centros de Parto Normal à Rede Cegonha.

Para que a habilitação do Centro de Parto Normal seja estabelecida, é necessário o enquadramento dos locais a uma série de requisitos, de forma que dentre os principais segundo o Art. 4º são,

- I - possuir estrutura física e equipamentos mínimos, nos termos do art. 5º;
- II - observar os requisitos específicos para cada tipo de CPN, nos termos dos art. 6º;
- III - possuir a equipe mínima de que trata o art. 7º;
- IV - possuir estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 8º;
- V - garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetriz ou enfermeiro obstétrico;
- VI - garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade pelo estabelecimento hospitalar de referência, incluindo acesso diagnóstico e terapêutico;
- VII - garantir a assistência imediata à mulher e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais;
- VIII - ofertar orientações para o planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva após o parto, com promoção da continuidade deste planejamento na atenção básica em saúde;
- IX - garantir o fornecimento de relatório de alta e orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica em saúde;
- X - possuir protocolos que orientem a linha de cuidado materna e infantil e protocolos assistenciais que promovam a segurança e a humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento;
- XI - possuir rotinas que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mulher e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo, com a participação do pai, quando couber;
- XII - alimentar regularmente os sistemas de informação nacionais vigentes e monitorar periodicamente os indicadores estabelecidos no Anexo II;

XIII - possuir protocolos de admissão no CPN e de assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido por enfermeiro obstétrico/obstetriz; e

XIV - cumprir as exigências técnicas relativas a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde, nos termos da Resolução - RDC nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2015).

Comumente, os locais de assistência ao parto de baixo risco por enfermeiras obstétricas chama-se Casa de Parto, mas em nenhuma das três portarias 985 e 904 (revogadas) ou 11 (2015) vigente, utiliza-se a palavra “casa”. Onde então caberia a Casa de Parto de São Sebastião dentro da Rede Cegonha?

Atualmente a Casa de Parto de São Sebastião encontra-se em processo de habilitação, todos os papéis e documentos foram entregues e o Ministério da Saúde já delibera sobre a possível habilitação, e se isso ocorrer a Casa de Parto de São Sebastião será reconhecida como um Centro de Parto Normal peri-hospitalar.

#### 1.5 - História da Casa de Parto de São Sebastião- DF

De acordo com relatos da Equipe de Enfermagem a Casa de Parto foi inaugurada no ano de 2001, junto a Unidade mista de São Sebastião, local que ocupa até os dias de hoje. Na cidade de São Sebastião ainda não há um Hospital próprio, toda a demanda de baixa complexidade da população de pessoas, segundo o IBGE, é suprida por um centro de saúde e pela Unidade Mista, já as demandas de média complexidade ficam a cargo da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) de São Sebastião e casos de alta complexidade ficam a cargo do hospital de referência mais próximo que no caso é o HRP (Hospital Regional do Paranoá).

Inicialmente, a Casa de Parto funcionava com uma equipe composta por médicos gineco-obstetras, enfermeiras obstetras e técnicas de enfermagem, sendo que a gestão da casa também era realizada pelos médicos. Mas no ano de 2009, em função da remoção dos médicos gineco-obstetras da Casa para o Hospital do Paranoá e das demandas de recursos humanos do mesmo, a gestão passou para as mãos dos médicos pediatras e toda a assistência ao parto aos cuidados das enfermeiras.

Com a saída dos médicos pediatras da Casa, por volta do ano de 2012, a assistência passou a ser realizada integralmente pela Equipe de Enfermagem, composta de enfermeiros obstetras e técnicos de enfermagem, de forma que a

equipe é composta em sua maioria de mulheres, sendo que existe apenas um homem na equipe.

A casa de parto sofreu tentativas de fechamento, sendo a mais significativa a que ocorreu no ano de 2009, quando a Casa de Parto foi fechada, mas a população de São Sebastião se mobilizou ante o fechamento de forma que a Casa retomou as atividades.

## 1.6 - História da Enfermagem Obstétrica

A formação de parteira é o mais antigo título existente no Brasil, sendo que essa formação se deu em escolas médicas, em especial no ano de 1832, quando se transformou as Academias Médico-cirúrgicas dos estados de Rio de Janeiro e Bahia, em faculdades de medicina que ofereciam o Curso de Partos.

Até o início da formação de parteiras, as mulheres que se dedicavam à prática de partejar deveriam possuir uma autorização, carta de exame, além de uma licença da chancelaria concedida pelo Físico-Mor, assim as determinações sobre os cursos de parteiras estavam sob a tutela da Medicina no período de 1832 até 1949. Essas determinações conferiam um título que poderia ser de parteira, enfermeira parteira, enfermeira especializada, obstetriz e enfermeira obstétrica.

O título de enfermeira especializada se tornou parteira em 1920 e o título de obstetriz surgiu em princípio como um título do Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará entre os anos de 1922 a 1925.

As mudanças no ensino das parteiras exigiam modificações quanto à idade mínima na admissão, além de conhecimentos básicos em disciplinas das ciências humanas, ciências biológicas e exatas e da possibilidade do ingresso de homens por meio do decreto Federal nº 7247, de 5 de abril de 1879, que possibilitava o ingresso de alunos do sexo masculino, embora o curso tivesse adesão em sua maioria feminina.

No Brasil, o ensino da enfermagem se deu primeiro no Rio de Janeiro em 1890, com a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros do Hospital Nacional dos Alienados, que abriu os caminhos para o ensino em escolas particulares e públicas nos anos de 1900. No século XIX, os médicos passaram a propor a formação profissional de parteiras que fossem também enfermeiras, o que limitava a prática e estabelecia uma hierarquia entre médicos e enfermeiras dentro do hospital.



A partir de 1949, as escolas de enfermagem passaram oficialmente a formar enfermeiras obstétricas (Riesco, 2002, p.451), e não aceitavam que as parteiras vinculadas as escolas de medicina recebessem o mesmo título, de forma que a atuação da parteira passou a ser disputada entre médicos e enfermeiras sem a exigência do curso de enfermagem antes. As parteiras por outro lado acreditavam que o ensino da obstetrícia cabia ao médico e que a especialização das enfermeiras de apenas um ano, não possuía as mesmas competências que o curso de obstetrícia.

Nas décadas de 50 e 60, ocorreram inúmeras articulações para com os cursos de obstetrícia e o curso de enfermagem que após a reforma universitária vetou a duplicação de cursos com fins semelhantes, o que culminou no Curso de Enfermagem e obstetrícia que em 1994 (Riesco, 2002, p.452) após a redução da adesão dos profissionais extinguiu a habilitação e transformou a formação obstétrica em pós-graduação.

Segundo o Portal do Curso de obstetrícia da Universidade de São Paulo (EACH-USP)<sup>10</sup> existem três carreiras de obstetrícia distintas no Brasil, sendo elas voltadas para medicina, enfermagem e obstetrícia.

O médico recebe o título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia após realizar a residência médica, com duração de 3 anos, ou ao prestar concurso promovido pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

Para o Enfermeiro receber o título de especialista em obstetrícia é necessário realizar curso de especialização em Enfermagem Obstétrica. Já a profissional obstetriz possui uma atuação semelhante ao enfermeiro especialista em obstetrícia, mas ambas possuem formações diferentes, sendo que para tornar-se obstetriz não é necessária a especialização.

No processo de Humanização do Parto a Enfermagem passou a ter mais espaço na atuação obstétrica do Brasil, vindo a atender a necessidade de mão-de obra nos hospitais e constituindo uma opção mais econômica em detrimento dos serviços médicos de alta tecnologia que agregam maior valor comercial e movimentam um conjunto de indústrias, os gigantes da tecnomedicina (PEREIRA, 2007. p.59).

---

<sup>10</sup> Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.each.usp.br/obstetricia/obstetricia.htm>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2015.

Embora ainda sob a hierarquia e o poder médico hospitalar, a enfermagem constitui o conjunto de profissionais que mais se aproxima daqueles a quem deve-se prestar o cuidado. Cuidar do ser humano é um ato que requer sensibilidade e conhecimento.

A configuração do campo obstétrico só se concretizaria com a inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto. Por isso, foi de extrema importância ações como a do Ministério da Saúde, que incluiu por meio da Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998, a Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) com os valores relativos a realização do procedimento pelo enfermeiro obstetra incluídos nos Serviços Hospitalares.

Com todo o processo da medicalização e intervenção da assistência ao parto, houve uma classificação do parto como de alto, médio e baixo risco, de forma que estabeleceu um raciocínio de que não havia parto sem o risco, e que o ambiente hospitalar era o mais adequado para lidar com as questões de risco, pela segurança da figura do médico.

As Casas de Parto não excluem o conceito de risco de seus protocolos, assim como os Centros de Parto Normal, essas atuam com gestantes de risco habitual ou baixo risco<sup>11</sup>, e privilegiam a dignidade e a autonomia da mulher ao parir, não transformando o ato em mais um risco. Dentro das Casas, a figura da enfermeira tem mais liberdade de ação ao se desvincular da figura centralizadora do médico.

A enfermagem é historicamente uma profissão feminina que foi ao longo de anos moldando o cuidado ao outro. Embora, o ingresso de homens dentro de graduação seja crescente, ainda é bastante significativo o número de mulheres enfermeiras, o que contribui ainda mais para a denominação da profissão como sendo inerente a mulheres. Dentro das Casas de Parto, a assistência dada pela enfermagem retoma a atividade exclusivamente feminina que foi perdida e substituída ao longo de muitos anos com a hospitalização do parto.

---

<sup>11</sup> Esse baixo risco é classificado de acordo com os critérios das instituições.

## **CAPÍTULO 2 - PASSO A PASSO DA PESQUISA**

### **2.1- O caminho: método e conceitos**

O trabalho científico é um modo de pesquisar respostas a problemas e indagações que surgem no cotidiano, objetiva a consolidação de conhecimentos sobre inquietações, por isso comumente a pesquisa se propõe a responder perguntas e testar hipóteses.

Tomada num sentido amplo, pesquisa é toda atividade voltada para a solução de problemas; como atividade de busca, indagação, inquirição da realidade, é a atividade que vai nos permitir, no âmbito da ciência, elaborar um conhecimento, ou um conjunto de conhecimentos, que nos auxilie na compreensão desta realidade e oriente nossas ações. (PÁDUA, 1996 p. 94, apud NAVES ,1998).

Dentro dessa perspectiva se insere a metodologia qualitativa, que propõe a realização de um estudo não meramente baseado em números, quantidades e estatísticas. São analisados elementos como as trajetórias de vida, cultura e sensações que determinam como os indivíduos agem e reagem aos diversos acontecimentos diários.

A abordagem qualitativa de pesquisa tem suas raízes no final do século XIX. Foi na área das ciências sociais que primeiro se questionou a adequação do modelo vigente de ciência aos propósitos de estudar o ser humano, sua cultura, sua vida social (TEIS 2006, p. 2).

É uma análise em profundidade, que não segue uma ordem de pensamento já estabelecido. Seu foco é direcionado a universos amplos e diferentes, não numericamente, mas em relação a constituição de seu conjunto de elementos que podem ser diversos. Esses elementos, que podem ser chamados de signos, são traduzidos pelo pesquisador por meio da coleta de dados feita mediante o contato direto entre aquele que pesquisa e aquele universo, conjunto ou indivíduo que se quer conhecer.

O método qualitativo descreve fenômenos que possuem significado em um determinado contexto para aqueles que estão imersos nele, de forma que é fundamental o processo de descrição, pois é nele que são encontrados os elementos essenciais para a coleta e análise de dados.

A Antropologia, ciência que tem por objetivo compreender as relações sociais e seus comportamentos, ações e significações sociais, foi junto com a Sociologia

responsável por desenvolver o método da pesquisa qualitativa e expandi-lo para outras áreas de conhecimento, como a área da saúde. Constitui novos conhecimentos e modos de se organizar os dados dentro da pesquisa denominada de etnografia.

Ao se buscar a etnologia, da palavra etnografia, tem-se que a composição da palavra significa, segundo seus radicais etno/povo e grafia/descrição, a descrição de um povo ou de uma cultura, o que Geertz (1998, p. 20) vem a considerar como uma “descrição densa”, pois segundo Nakamura (2009, p. 98) se trata da “busca de uma compreensão a respeito dos homens, a partir de suas experiências particulares”.

O método etnográfico permite o contato e a vivência do pesquisador com diversos grupos, de onde se extraem dados necessários à investigação, que são obtidos principalmente por meio da observação. A mudança de um lugar a outro e a inserção de um elemento novo em um ambiente cria uma inquietação e é ela a responsável pelo olhar curioso daquele que observa.

Fazer etnografia significa mudar-se de um ambiente familiar a aquele que e é desconhecido e que se desenvolve sem a participação ou influência do pesquisador. Mas não necessariamente preciso me mudar para distante pois segundo Velho (1978, p.126) “o que sempre vemos e encontramos pode ser familiar, mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico mas, até certo ponto, conhecido”. Dessa forma como sanitaria me proponho a estudar o sistema de saúde que me é tão familiar e estranhar ao mesmo tempo esse sistema que me parece tão próximo.

Cioccari (2009, p. 218) sugere que existe um movimento próprio do etnógrafo que seria permeado por peregrinação nos mundos a que nos lançamos, das trocas objetivas e subjetivas e dos inúmeros deslocamentos entre o campo e a escrita.

O fazer etnográfico permite a aproximação entre a teoria e a prática, pois uma das fases da etnografia consiste na alimentação do pesquisador de um conhecimento constituído de elementos pertinentes aqueles fatos e sujeitos, e a outra fase que constitui a coleta pertinente de dados em campo. Somos munidos de conhecimento antes, para durante a imersão no campo sermos guiados a descrever e traduzir os fatos.

Cardoso de Oliveira em seu texto, O Trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir de escrever (2006), explicita que o olhar, o ouvir e o escrever, são não só atividades

cotidianas, mas também elementos primordiais a que um pesquisador, em especial o antropólogo deve dispor.

Oliveira (2006, p. 31 e 32) diz que “o olhar e o ouvir constituem a nossa percepção da realidade focalizada na pesquisa empírica e que o escrever passa a ser parte quase indissociável do nosso pensamento, uma vez que o ato de escrever é simultâneo ao ato de pensar”.

A abordagem etnográfica foi escolhida para o desenvolvimento dessa pesquisa, na Casa de Parto de São Sebastião, por permitir uma visão holística sobre aquele que se observa e ver além do que se observa em relação a Equipe de Enfermagem. Essa abordagem permite a caracterização da vida cotidiana à medida e no momento em que os fatos acontecem, de forma que para observar os processos decisórios esta me parece a melhor opção.

## 2.2 - A construção do Desenho da Pesquisa

### 2.2.1- Participantes

A pesquisa foi realizada na Casa de Parto de São Sebastião, entre o grupo de enfermeiras obstétricas por meio do acompanhamento de seu cotidiano. A Equipe de Enfermagem da Casa de Parto é composta de enfermeiras obstétricas e auxiliares de enfermagem, de forma que foi escolhida três, para realizar entrevistas em profundidade e conversas informais nas horas vagas, enquanto me explicavam algo, para compreender os dilemas entre os profissionais de saúde no processo de tomada de decisão, em situações cotidianas, em que as Enfermeiras interajam com o público; nas reuniões dos enfermeiros e em conversas informais nos locais de atendimento.

### 2.2.2 - Procedimentos éticos

Conforme a Portaria 466/2012 da CONEP/MS, faz-se necessária a submissão de projetos que envolvam pesquisas com seres humanos para que não existam conflitos e interesses entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa, sendo que os objetivos de uma pesquisa não podem se sobrepor a integridade e dignidade dos participantes.

Por isso, foi necessária a criação de Comitês de Ética em pesquisa que analisassem os aspectos éticos para garantir aos participantes sua integridade

física, intelectual e emocional assegurando-lhes assim seus devidos direitos. Para que se assegurem os direitos e a preservação de identidade das participantes, uma vez que as entrevistas e todo o trabalho de campo se desenvolveu em seu local de trabalho (Casa de Parto de São Sebastião), os nomes das participantes não foram revelados, mas sim trocados por nomes característicos de Deusas da mitologia grega. Sendo eles, Hera, Afrodite e Atena.

Todo o material de coleta de dados como entrevistas, diário de campo ou gravações estarão em meu poder e não poderão ser distribuídos ou reproduzidos.

Essa pesquisa é também parte de um Projeto de Iniciação científica, que tem como tema “Cuidado e co-gestão: a experiência de quem procura/trabalha na Casa de Parto/DF”, coordenado pela professora Dra. Rosamaria Giatti Carneiro, durante o ano de 2014-2015, do qual fui bolsista PIBIC/CAPES. Dessa maneira, recorreremos ao Parecer emitido pela FEPECS, em 22 de setembro de 2014<sup>12</sup>.

### 2.2.3 - Coleta de Dados

A pesquisa na Casa de Parto consistiu em uma imersão no campo, que se deu por meio de visitas realizadas quinzenalmente, às sextas-feiras na região de São Sebastião<sup>13</sup>, uma das regiões administrativas do Distrito Federal. Compreendeu dois períodos, o primeiro de outubro a dezembro de 2014 e o segundo de fevereiro a maio de 2015.

Durante as visitas, foram realizadas com as enfermeiras entrevistas não-estruturadas, nas quais segundo Silva e Menezes (2005, p. 33) “não existe rigidez de roteiro”.

Todas as entrevistas seguiram o roteiro estabelecido no Anexo 1 Questionário, embora sirva unicamente como um direcionamento de quais aspectos devem ser levantados, pois a entrevista semi-estruturada permite uma maior flexibilidade de condução, uma vez que o desenvolvimento da pesquisa se dá conforme as respostas são dadas e é permitida a inserção de novos questionamentos para um maior entendimento sobre o que se quer saber, de forma

<sup>12</sup> Ver anexos.

<sup>13</sup> Por meio da Lei no 467/93 foi criada a Região Administrativa de São Sebastião, que possuía em 2013 um total estimado de 27.405 domicílios urbanos. A população urbana de São Sebastião foi estimada no ano de 2013, em 97.977 habitantes. PDAD 2013. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2013/S%C3%A3oSebasti%C3%A3o.pdf>>. Acesso em 22 de fevereiro de 2015.

que foram realizadas outras conversas informais e uma vasta observação da casa, por isso, todo esse material será trabalhado de maneira conjunta.

Este questionário é dividido em cinco blocos a saber, 1. Identificação; 2. Vida; 3. Processo de Formação; 4. Profissão e 5. Sistema. O intuito dessa divisão é facilitar o entendimento daquele que se entrevista, evitando a repetição de perguntas e a perda de tempo em casos em que o entrevistado dispor de pouco tempo para responde-las, já que as entrevistas em profundidade por mais que sejam flexíveis exigem um maior cuidado e aprofundamento.

Além disso, trabalhei com o método de estudo das trajetórias de vida, a fim de encontrar na formação e caminho percorrido pelas profissionais até a Casa de Parto, elementos que justifiquem as ações e o modelo assistencial ao parto encontrado. Dessa forma o processo de vida vivenciado por um indivíduo, imprime nele marcas que constroem sua identidade enquanto integrante de um grupo social. Cabe ao pesquisador dar a possibilidade de que o sujeito de pesquisa possa contar e refazer sua trajetória, para encontrar nela os elementos pertinentes e produzir significado.

Nas entrevistas em profundidade o entrevistador possui a liberdade de adentrar em determinados pontos da discussão que, geralmente, não são previstas no roteiro. Uma nova percepção sobre um elemento não antes identificado pode levar a novas descobertas, onde se é possível um maior entendimento a respeito do que se pesquisa além do engrandecimento de dados. As entrevistas em profundidade desta pesquisa foram realizadas nos momentos de diminuição do fluxo de atendimento e durante as pausas das enfermeiras.

O interesse dessa pesquisa perpassa a construção do diálogo entre pesquisador e sujeito de pesquisa, tendo assim dentre seus interesses o diálogo sobre a memória e uma revisitação da história pessoal que é contada a maneira própria de cada uma das enfermeiras. Dessa forma também utilizei o método de História de Vida que segundo Silva *et al* (2007, p.29) “objetiva captar a profundidade da história do sujeito”. Assim, a trajetória individual de cada pessoa é uma representação aos padrões do universo cultural de sua comunidade.

A abordagem etnográfica dispõe, portanto, de uma vasta diversidade metodológica, dentre as muitas possibilidades está o diário de campo, que também foi utilizado durante a realização da pesquisa. É uma descrição daquele ou daquela situação que se observa, coletando dados e características das situações vivenciadas.

O diário de campo é um instrumento utilizado na etapa de coleta de dados, é o registro diário de ações, impressões, detalhes, acontecimentos, observações e gestos dentre outros aspectos e acontecimentos. Nele são descritas as situações cotidianas pertinentes às pesquisas que em um primeiro momento podem parecer costumeiras, mas que no registro do caderno são tomadas de detalhes e significados. É no diário de campo que está descrito o local de pesquisa, ele se completa por meio da escrita dos fenômenos percebidos.

Segundo Magnani (1997, p.01) “é o depositário de notas, impressões, observações, primeiras teorizações, mapas, esboços, desabafos, entrevistas e garatujas de informantes”.

O diário de campo não só restitui os fatos marcantes que sua memória corre o risco de isolar e descontextualizar, mas especialmente, o desenrolar cronológico objetivo dos eventos. Um diário contém aspectos antes não identificados ou encobertos que por meio do olhar do pesquisador se desenvolve na narrativa para as reflexões cabíveis a pesquisa. É na análise da escrita que se desenvolve o todo a que se observa e que a memória esquece (BEAUD; WEBER, 2007, p. 67).

Por isso, a cada visita a Casa de Parto ao final do dia de pesquisa, lia e reescrevia todos os pontos e os novos elementos encontrados para procurar na escrita aquilo que me fugia ao olhar e no pensamento aquilo que no momento não captei na escrita.

### 2.3 - O Campo da Saúde coletiva como Campo de Saberes

A saúde é uma necessidade e um direito humano que assegura a dignidade e a cidadania. Quando o acesso aos serviços de saúde é oferecido de forma universal, isto é, determinante para a diminuição das desigualdades em saúde.

Por muito tempo acreditou-se que saúde era sinônimo de ausência de doenças, de forma que a Organização Mundial de Saúde veio no ano de 1948 por meio da Carta de Princípios a salientar que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades”.

Esse conceito ampliado de saúde gerou críticas, de forma que a saúde de acordo com essa designação seria algo inalcançável, pois segundo Scilar (2007, p.30) “o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas”.

Dessa forma ao tratar-se de saúde é preciso atuar não somente no campo biomédico, que trata do ser humano apenas como um sistema biológico, mas



também como um ser: social, cultural, pensante e com necessidades, direitos e deveres.

Entre os anos 70 e 80, o Brasil e a América Latina estabeleceram movimentos de reforma política e sanitária que envolvia aspectos sobre a atenção à saúde, de acordo com Nunes (1994, p. 13) “estudiosos assinalam que a visibilidade social que a problemática de saúde adquire nesse período deve-se em grande parte aos movimentos sociais populares, tanto o operário como o universitário”, que demandavam melhores condições de saúde e menos desigualdades sociais. No Brasil esse processo de reforma culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986).

Dentro desta conferência foram estabelecidas as bases do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8080 de 1990) que ofereceria acesso universal aos serviços de saúde e objetivava a garantia do direito a saúde que seriam ampliados no texto da Constituição de 1988 em meio a um processo de redemocratização política que trazia a saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado.

A Saúde Coletiva surgiu nos anos 70, em meio a essa transição política e social em resposta as necessidades de criação de um campo que atendesse as dimensões de saúde da população e que lançasse uma visão holística sobre os indivíduos, para além da visão biologicista e curativista.

A Saúde Coletiva, enquanto campo de saberes e de práticas, de estudo e de ação política, surgiu em fins dos anos 70 e começo dos 80, em meio a uma transição política e social, em que ocorria a abertura política no Brasil, e a redemocratização com a saída do regime ditatorial.

A necessidade da criação de um novo campo pretendeu lançar uma visão holística<sup>14</sup> sobre a população, para que vá além da visão biologicista (do corpo), curativista (da cura como único fim) e hospitalocêntrica (do hospital como centro do serviço de saúde).

Segundo Birmam (2005, p. 12) “seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina”.

A Saúde Coletiva constitui um campo que estuda os processos de saúde e doença em todo um contexto histórico, social, cultural, biológico, geográfico.

---

<sup>14</sup> Visão holística: visão ampliada.

Desenvolveu-se a partir de três eixos principais, da Epidemiologia, das Ciências sociais e Humanas em saúde e do Planejamento e Gestão em saúde, de forma que Birmam (2005, p. 14) afirma que, “a multidisciplinariedade é a marca do campo da Saúde Coletiva já que sua problemática, demanda diferentes leituras e permite a construção de diferentes objetos teóricos”.

Essa pesquisa se insere ao eixo das Ciências sociais e Humanas em saúde, pois compreende a dimensão social da saúde e da sociedade construindo, portanto, um espaço de apresentação e preservação da história de um serviço do Sistema Único de saúde (Casa de Parto de São Sebastião), por meio da abordagem a memória daqueles que compõem este serviço (Equipe de Enfermagem).

#### 2.4 - A importância dessa pesquisa

A decisão é um ato inerente ao ser humano. Cotidianamente tomam-se decisões das mais variadas com o intuito de se alcançar os objetivos da melhor forma possível.

Toda decisão é inerente a um desejo humano, toma-se decisões a respeito de tudo, desde coisas mais simples, como o que comer, o que fazer nas férias, ou como escrever um texto; até decisões mais complexas, como o que fazer diante de um grande problema.

Dentro do campo da saúde o processo de decisão é fundamental, uma vez que exerce influência em como determinados fatos que irão ocorrer e de que maneira eles se desenvolverão mesmo quando não planejados. A tomada de decisão em saúde é importante pelo fato de que quando se lida com a saúde naturalmente se lida com vidas humanas e com a condução dos processos que levarão ao melhor cuidado delas.

Em uma Casa de Parto, lida-se com o processo de nascimento, que diferente de algumas áreas da saúde, significa lidar, não com uma, mas duas vidas ao mesmo o que exige um caráter de responsabilidade e um maior cuidado com aqueles que se lida.

Dentro do Sistema de Saúde, a maneira como os profissionais lidam com o cuidado é um reflexo da gestão de saúde, portanto é essencial o conhecimento dos processos de condução do serviço e também das particularidades de locais que consigam mesmo que muitas vezes de forma improvisada ou com dificuldades consegue executar a difícil tarefa de oferecer cuidado em saúde.

Dentro dessa perspectiva de gestão e de cuidado o intuito deste trabalho foi, portanto, compreender como se constitui o universo da Casa de Parto para que ocorra a tomada de decisões em relação ao cuidado, atenção e gestão realizada pela equipe de enfermagem da Casa de Parto de São Sebastião, no Distrito Federal e, por fim esse modelo de tomada de decisões pode auxiliar o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde em geral.

Pretendo então compreender como ocorre a pactuação das profissionais de saúde, em relação ao cuidado e atenção às decisões cotidianas encontradas na Casa de Parto. Refletir se existe um modelo diferenciado de tomada de decisões próprio da equipe, mapeando também as particularidades do Sistema, ao qual essas profissionais se inserem.

## CAPÍTULO 3 - POR DENTRO DA CASA DE PARTO DE SÃO SEBASTIÃO

### 3.1- A Casa de Parto: Como vim parar aqui?

A escolha por fazer um trabalho de conclusão de curso com as enfermeiras e o universo da Casa de Parto surgiu inicialmente, após um convite inesperado de uma amiga que possuía os mesmos interesses de pesquisa que eu e que me convidou para me inscrever no Projeto de Iniciação Científica denominado “Cuidado e co-gestão: a experiência de quem procura/ trabalha na Casa de Parto”. Na época em que me foi feito esse convite faltavam dois dias para o fim das inscrições e para isso era necessário a inscrição também de um modelo de projeto que seria desenvolvido durante o processo de pesquisa.

Dessa forma, aceitei o convite e o desafio e montei um projeto que foi prontamente aceito pela professora e Doutora Rosamaria Giatti Carneiro<sup>15</sup>, que ficou feliz, pois isso significaria a continuidade de um projeto que inicialmente tinha como foco a experiência das usuárias e depois a experiência de quem trabalhava na Casa de Parto.

O que me surpreendeu depois foi puxar da memória algo que tinha acontecido um ano antes durante uma aula de Saúde e Sociedade 3, que eu tinha com a mesma professora. Em uma das aulas, a mesma havia comentado do projeto e que gostaria de três alunos para compô-lo. Após a aula pensei que aquela seria uma grande chance, uma vez que eu me interessava sobre o tema parto e nascimento, mas não havia tido oportunidade ainda de participar de algo relacionado.

Após um tempo, procurei a professora e me foi dito eu as vagas já haviam sido ocupadas. Dessa forma, eu esqueci o assunto e prossegui nas atividades acadêmicas. Mas depois de receber o convite para prosseguir em um projeto que tentei entrar anteriormente descobri que dois alunos haviam desistido do projeto, ficando apenas uma aluna, e depois uma outra vaga foi ocupada por um aluno da enfermagem.

---

<sup>15</sup> Professora Adjunta do Curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, UnB e do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da FCE/UnB. É Doutora em Ciências Sociais pelo IFCH da UNICAMP (2011), com concentração em antropologia, e Mestre pela linha de pesquisa "Direito achado na rua" da UnB (2005). Possui Especialização em Gênero e Teoria Psicanalítica, no Brasil (UnB-2005) e no exterior (UCES/USM - Argentina/2006).

Devido a minhas conversas com colegas sobre o tema que nos parecia de um gosto em comum, fui informada da possibilidade de entrar em um projeto que um ano antes eu tinha tentado sem sucesso prosseguir.

### 3.2 - Descrição do campo de pesquisa: o que encontrei

A Casa de Parto de São Sebastião se localiza na região leste do Distrito Federal e dentro da cidade que também a nomeia, São Sebastião. Está em funcionamento desde o ano de 2001 junto a Unidade Mista da cidade e atualmente está inserida em um modelo de atenção sob a gestão de enfermeiras obstétricas. Desde 2012, quando a Casa de Parto já não contava nem com os médicos gineco-obstetras e nem com os pediatras.

Descrevo aqui um pouco da constituição física de meu local de pesquisa, de forma que constitua uma aproximação ao campo onde desenvolvo a pesquisa e onde executo o trabalho de observação do cotidiano e das entrevistas. A Casa funciona em um local anexo a Unidade Mista e conta com uma entrada em comum com a mesma, em que existe um pequeno posto de identificação onde o guarda responsável permanece organizando a entrada.

Na entrada da Casa, há uma pequena sala de espera com três cadeiras dispostas no corredor onde estão dois pequenos consultórios de atendimentos a gestantes e bebês, em cada um deles estão dispostos cadeiras e mesas além de uma maca em cada um, esse é o local onde são realizadas as consultas depois do sétimo dia do nascimento e algumas avaliações antes da admissão na Casa. Em frente à entrada principal da Casa há ainda uma mesa e cadeira para pequenos atendimentos como identificação, preenchimento de formulários e aferição de pressão.



**Figura 1.** Entrada da Casa de Parto de São Sebastião- DF.

**Fonte:** Própria, 2015.

A Casa de parto constitui-se de atualmente de três salas de PPP (pré-parto, parto e pós-parto) onde a paciente permanece, desde a internação até a sua alta. Ela conta também com um alojamento conjunto para onde as puérperas são transferidas se houver mais de três mulheres internadas ao mesmo tempo. E todos esses locais possuem ligação com a área de deambulação, onde as gestantes podem caminhar enquanto estão em processo de parto.



**Figura 2.** Posto de enfermagem da Casa de Parto.

Fonte: Própria, 2015.



**Figura 3.** Corredor da Casa de Parto de São Sebastião.

Fonte: Própria, 2015.



**Figura 4.** Banheira do Quarto "Água".

Fonte: Própria, 2015.



**Figura 5.** Área interna do Quarto "Vida".

**Fonte:** Própria, 2015.

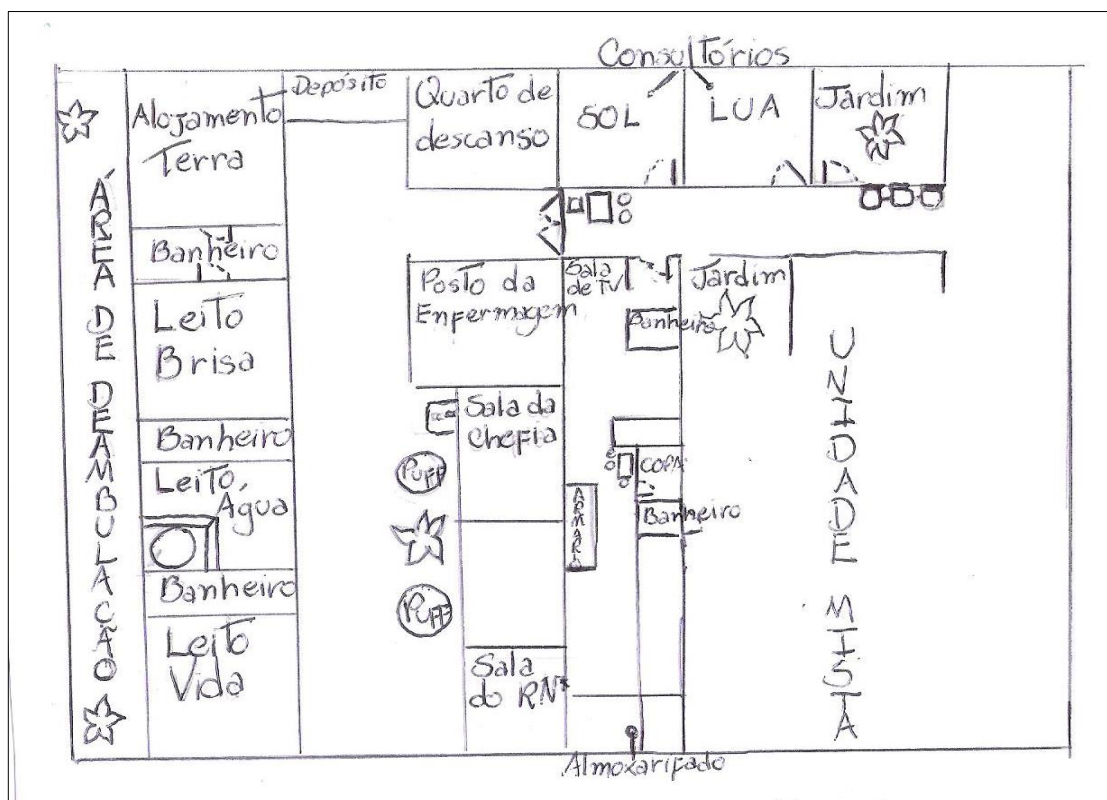


**Figura 6.** Área interna Leito "Água".

**Fonte:** Da autora, 2015.

As salas possuem recursos como bola, cadeira para amamentação, maca e banqueta para parto de cócoras. Em uma das salas, há banheira para parto na água e em outra um gancho preso ao teto para ajudar o parto de cócoras, além de chuveiro com água quente.

Há ainda o posto de enfermagem localizado centralmente e com vista a todos os quartos. Uma sala de equipamentos, uma área de expurgo e de tratamento de material biológico, um alojamento de descanso para a equipe, uma pequena copa e área de alimentação e área de descanso com TV para a Equipe, almoxarifado e a sala da administração.



**Figura 7.** Representação da Casa de Parto de São Sebastião-DF.

Fonte: Própria, 2015.

### 3.3 - O caminho até a Casa

Minha pesquisa na Casa de Parto de São Sebastião foi realizada de quinze em quinze dias e, durante o início da minha jornada de pesquisa eu pude contar com a companhia e a carona de minha orientadora, durante a ida e volta, era um percurso que durava em media uma hora, eu pegava um ônibus e nos encontrávamos em um local determinado. Podíamos ir durante o caminho conversando sobre coisas cotidianas e fatos do dia a dia, e na volta, ao fim do dia podíamos conversar sobre tudo o que havia acontecido durante os períodos de pesquisa. Ao conversar percebi que podia entender e relembrar certos fatos que não havia me atentado ou dado importância, o que me ajudava muito uma vez que ao chegar em casa eu reescrevia algumas partes do diário para melhor entender e guardar os fatos.

Durante a metade da pesquisa já não pude contar mais com a companhia de minha orientadora, de forma que passei a ir só a Casa de Parto, ao invés de um ônibus pegava dois, eram cerca de duas horas e meia para ir a São Sebastião. Ao final do dia, eram quatro ônibus e 5 horas de caminho percorrido. Confesso que tive



muita sorte com os ônibus e no primeiro dia só consegui acertar no caminho, a partir daí tentava me familiarizar com o caminho.

Perdi a conta das vezes que me desanimei antes de ir ao campo de pesquisa por lembrar da demora, do calor ou da lotação dos ônibus que pegava e confesso que era algo cansativo, mas ao adentrar na Casa de Parto me sentia muito familiarizada, medrosa por ser minha primeira pesquisa de campo e qualitativa, mas também muito feliz por estar com pessoas tão significativas. Por vezes, me vi escrevendo no diário coisas ou frases como “me sinto tão cansada”, “gostaria de não ter que enfrentar um caminho tão longo”, “hoje estou tão desanimada, mas preciso ir ao campo”, mas era incrível reler o diário de campo desses dias depois de ali ter vivido o necessário e ver as frases do fim do diário que me lembravam das sensações de não querer deixar o local da pesquisa como em um dia que escrevi “Hoje o dia foi produtivo, não quero ir embora, pelo menos não agora” (Diário de campo, 22 de novembro de 2014).

Posteriormente, descobri que o caminho até São Sebastião poderia ser utilizado para me lembrar do que havia acontecido, aproveitava o trânsito ou a espera para pensar em todos os fatos que haviam ocorrido e tentar juntá-los logicamente de alguma forma na minha cabeça.

Algumas vezes não pude ir a Casa de Parto, isso ocorreu durante três vezes em razão de greve dos trabalhadores do serviço público de transporte, isso me deixava apreensiva, pois me lembro de me sentir deslocada toda vez que retornava após mais de uma semana fora, mas depois percebi que cada dia era único e importante pois revelava um pouco da trajetória desse lugar tão especial que pude conhecer durante oito meses, ao longo de minha pesquisa de campo.

### 3.4 - Primeiras impressões

A visita a Casa de Parto significou o começo de outro ciclo que se iniciava. Enquanto eu estava lá para iniciar minha pesquisa, a aluna Márcia encerrava a sua e apresentava alguns dados para as próprias componentes da equipe de enfermagem.

Ao conhecer a Casa de Parto, pude contrapor o que vinha lendo em textos com a realidade vista por mim mesma. Inicialmente procurei não fantasiar ou imaginar muito que viria a encontrar. Quando cheguei, minha primeira impressão foi de um lugar pequeno e calmo, se comparado aos hospitais-maternidade comuns.

Correria, choro, gritos, poderiam descrever bem o que esperava, mas, ao contrário, para minha surpresa, encontrei um local tranquilo e pouco movimentado.

Em conversas no carro durante a volta para casa com a professora Rosa entendi que poderia ser devido à proposta da própria casa, ou seja, de atendimento a poucas gestantes, que devem seguir determinadas regras ou o protocolo (como não ter pressão alta, diabetes, cesária anterior, ter mais de 41 semanas de gestação etc), ou seja, que não podem se enquadrar em quadros de gravidez de alto risco. Mas, mesmo assim, me surpreendi ao saber que embora a maior parte de gestantes atendidas na Casa seja de São Sebastião, ainda existem mulheres que percorrem longos caminhos para serem atendidas no local.

Posso descrever, então, como foi conhecer as dependências do local junto a professora e a outra aluna, que puderam me mostrar as salas de parto e todos os elementos que as compunham e que normalmente não são encontrados em hospitais como: bola para exercícios, banheira, cadeiras, cordas de apoio entre outros. Das quatro salas, apenas uma estava ocupada por uma moça que se encontrava em trabalho de parto. Devido à pouca movimentação nas salas, esses locais nos pareceram ideais para conversar sobre determinados aspectos que caracterizavam o local, como o fato de existir um protocolo criado pelas próprias enfermeiras e que viria a ser um dos meus objetos de estudo; o fato de quadros com figuras de cegonhas e diversas recomendações aparecerem nas paredes dos quartos e até mesmo ao fato de que a Casa de Parto estava em processo de habilitação no Programa Rede Cegonha, algo que ao que me pareceu é muito desejado pela Enfermeira chefe.

Durante o percurso fui apresentada a algumas enfermeiras que compunham a equipe, já que as outras estavam ocupadas devido ao acompanhamento de uma parturiente. No começo, pude encontrar apenas duas, mas ao final do parto, pude me reunir no balcão central junto com minha colega, a professora e boa parte da equipe que, para certa surpresa, apresentava novos componentes, os alunos residentes.

Esse momento no balcão foi extremamente interessante, não me lembro como os assuntos surgiram e nem qual foi o estopim para a conversa, mas em minha impressão acredito que foi iniciada com perguntas e apresentações simples do trabalho já realizado e finalizado anteriormente antes do início de minha pesquisa.

Ao final desse dia me foi perguntado pela professora Rosa o que tinha achado da Casa de Parto e quais eram minhas primeiras impressões. Minha resposta foi de que era um lugar calmo diferente do que conhecia, e logo fui contrastada com minha pergunta anterior: É sempre tudo tão intenso assim? Me vi numa contradição que nem eu mesma havia percebido, mas que logo entendi devido a uma explicação da professora que ali era um lugar calmo mas intenso de vida.

Agora revendo todos esses acontecimentos de uma tarde percebo que com certeza ali a vida se inicia, percorre várias direções e prossegue. (Diário de Campo, dia 29 de setembro de 2015).

### 3.5 - Quem encontrei na Casa de Parto

Quando decidi participar<sup>16</sup> da pesquisa e fazer um trabalho de conclusão de curso baseado na observação das ações, cotidiano e decisões da equipe de enfermagem da Casa de Parto de São Sebastião não sabia que tipo de equipe encontraria, apenas acreditava que não fugiria ao estereótipo do curso de Enfermagem presente em minha Faculdade de Ciências da Saúde (Faculdade de Ceilândia- FCE/ Universidade de Brasília), que é composta em grande número por mulheres. E foi o que encontrei. Na Casa de Parto de São Sebastião a Equipe de Enfermagem é composta quase que exclusivamente por mulheres, são 15 enfermeiras obstétricas, 1 enfermeiro obstétrico e 12 técnicas de enfermagem. De forma que uma enfermeira obstétrica e uma técnica de enfermagem trabalham na chefia da Casa executando serviço administrativo já que não existem funcionários exclusivos para o serviço.

Durante minha pesquisa, me concentrei em ir nas sextas-feiras, o que limitava em parte meu contato com a Equipe de Enfermagem, já que muitas tinham plantões definidos em alguns dias, por isso era muito comum encontrar mais uma determinada enfermeira que outra, de forma que muitas delas eu via unicamente nas reuniões para discussão do protocolo.

As enfermeiras vieram de diversas regiões do país como Piauí, Bahia, Rio de Janeiro, Pernambuco, Minas Gerais etc, o que me levou a refletir sobre quais os motivos que as levam a vir de tantos lugares a Brasília. Em geral, as enfermeiras possuem entre 35 e 40 anos, algumas possuem filhos outras não. Elas moram em

---

<sup>16</sup> Por não ter me encontrado durante a pesquisa com o enfermeiro me concentrarei em me referir às enfermeiras que entrevistei e tive mais contato, dessa forma vou me referir à equipe de enfermagem e “as enfermeiras”.

diversas regionais como Águas Claras, Sudoeste, Lago Sul, e até Unaí (Minas Gerais) algumas têm sorte de morar mais perto, já outras moram mais distante.

Dentro da Casa de Parto, os plantões ocorrem com a presença de duas enfermeiras e uma técnica em enfermagem, mas quando possível há duas técnicas participando do plantão. A cada turno ou plantão percebi que trabalham com uniformes coloridos e até com toucas coloridas com estampas de bichos ou flores, que segundo elas, são mais confortáveis e que são diferentes dos uniformes comumente encontrados em Centros Obstétricos<sup>17</sup> (CO's) que são constituídos pelos jalecos e touca branca.

Em campo descobri que da Regional de Saúde receberam apenas dois conjuntos de roupas, de forma que para utilização no trabalho elas precisaram confeccionar outras, pois o conjunto dado pelo governo não acompanha a rotatividade do serviço e é preciso sempre ter mais conjuntos.

Percebi que, de certa forma, a não utilização de um único uniforme confere a elas uma certa liberdade se comparado a outros estabelecimentos, pois elas podem escolher mais cores ao invés do único branco. Além disso, algumas mantem os cabelos presos ou soltos, apenas durante procedimentos de parto que elas costumam prender e colocar a touca.

### 3.6 - Da “linha de cuidado”

Para que uma gestante seja aceita na Casa de Parto é necessário que a mesma se enquadre em uma série de critérios determinados para a sua segurança, esses critérios seguem o conceito de baixo risco, de forma que as gestantes aptas a dar a luz na Casa não devem estar por exemplo sob a condição de algumas doenças mesmo que sejam provenientes da gestação como a diabetes gestacional ou pressão alta (eclampsia<sup>18</sup> ou pré-eclampsia<sup>19</sup>); e não podem ter realizado uma cesárea anteriormente, ou gestação gemelar e depois de 41 semanas de gestação.

<sup>17</sup> Centros Obstétricos são espaços localizados dentro de hospitais destinados ao atendimento de mulheres em trabalho de parto.

<sup>18</sup> Eclampsia: hipertensão arterial específica da gravidez, é uma forma de pré-eclampsia mais grave, que provoca convulsões ou coma. Fonte:< <http://www.manualmerck.net/?id=271&cn=1978>>. Acesso em: 2 de maio de 2015.

<sup>19</sup> Pré-eclampsia: caracterizada por tensão arterial elevada (hipertensão) acompanhada pela eliminação de proteínas pela urina (proteinúria) ou de retenção de líquidos (edema) que ocorre entre a 20.ª semana de gravidez e o final da primeira semana depois do parto. Fonte:< <http://www.manualmerck.net/?id=271&cn=1978>>. Acesso em: 2 de maio de 2015.

Dessa forma para a admissão das gestantes a Casa de Parto se baseia no uso de um protocolo assistencial<sup>20</sup>. Esse protocolo existe desde o início da inauguração da CPSS quando ainda havia médicos e atualmente encontra-se em processo de alteração.

Desde o começo da Casa de parto trabalhamos com protocolo, quando ainda havia médicos. Não é por que não tem médico, é porque isso já veio de antes. (Enfermeira obstétrica da Casa de Parto de São Sebastião, 10 de abril de 2015).

Esse protocolo é atualizado para estar em concordância com o que o Ministério da Saúde e os protocolos gerais de assistência ao parto preconizam, e mesmo assim, algumas vezes essas ações devem ser ajustadas para que estejam e de acordo com o oferecimento de recursos disponíveis na Casa de Parto de São Sebastião e para um melhor atendimento das gestantes, de acordo com critérios estabelecidos uma vez que a necessidade de utilização de tecnologias de alta complexidade foge a esse protocolo.

A Casa de Parto de São Sebastião trabalha com uma proposta de alinhamento com o cuidado proposto pela Rede Cegonha<sup>21</sup>, para que os objetivos finais sejam alcançados, sendo eles a assistência ao parto e ao pós-parto já que neste local não são realizadas consultas de pré-natal.

A Casa de Parto tem perfil de maternidade e abarca o pré-natal da atenção básica que ainda é deficiente. (Enfermeira obstétrica da Casa de Parto de São Sebastião, 17 de abril de 2015)

O Centro de Saúde e o Programa Saúde da Família não dão conta da demanda da cidade de São Sebastião, de forma que as gestantes muitas vezes ficam sujeitas a um encaixe dentro da rede de assistência. (Enfermeira obstétrica da Casa de Parto de São Sebastião, 20 de fevereiro de 2015).

As gestantes procuram a casa de parto e de forma alguma são desamparadas, mesmo que as mulheres não se encaixem no modelo proposto elas são encaminhadas ao hospital de referência, sendo que suas queixas, demandas e problemas são ouvidos e analisados para que recebam as informações e sigam o correto caminho dentro do Sistema de Saúde.

---

<sup>20</sup> Protocolo de cuidado, de atendimento.

<sup>21</sup> Rede Cegonha: estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País. Fonte: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php)>. Acesso: 22 de fevereiro de 2015.

A casa de Parto é SUS, e não pode deixar sem atendimento a população que a procura. (Enfermeira obstétrica da Casa de Parto de São Sebastião, 14 de novembro de 2014).

A Casa de Parto tenta cumprir a linha de cuidado (um atendimento continuado dentro do Sistema de Saúde) da Rede Cegonha, ou seja, receber a mulher da atenção básica mesmo que lá não se realizem consultas de pré-natal, que são realizadas no Centro de Saúde ou junto ao Programa Saúde da Família, assim a mulher passa pela casa de parto e retorna para o acompanhamento na atenção básica.

Na Casa de Parto a mulher sai com consultas necessárias agendadas, o recém-nascido com as vacinas (como a BCG <sup>22</sup>) tomadas, os exames iniciais (como teste do pezinho e teste do coraçãozinho), realizados ou indicados (teste da orelhinha, e do olhinho) para os hospitais que dispõem de profissionais e materiais necessários, além disso as mulheres saem de lá com o retorno de 7 dias já marcado.

Acompanhei uma consulta de puerpério, de Ana que aparentava não ter mais que 35 anos. Perguntei se podia acompanhá-la na consulta ao que ela assentiu. Nessa consulta nos foi explicado quais os procedimentos e o por que deles. Ana estava com uma febre de 38 graus, dores no corpo e dor de cabeça. Ao se falar em medicamentos Ana começou a chorar, e quando questionada sobre o porquê do choro ela disse: - Tenho medo de minha condição afetar o bebê. Durante o exame dos seios foi notado um endurecimento. Após o exame Ana foi então encaminhada ao hospital. –Viu como elas ficam sensíveis, disse a enfermeira. Por isso precisamos ter esse cuidado. (Caderno de Campo, 07 de novembro de 2015).

Quando a mulher recebe o diagnóstico de gravidez, no primeiro trimestre deve receber um encaminhamento escrito para visitar a Casa de Parto, que realiza visitas de vinculação<sup>23</sup> atualmente semanais, para conhecer o local e ter o contato com ele, para que se desconstrua assim a visão de um serviço médico “frio” e distante.

As mulheres deveriam vir com um plano de parto e saber onde vão parir isso elas deveriam ter por escrito, só que tem alguns médicos que chegam a rir disso e não fazem. (Enfermeira obstétrica da Casa de Parto de São Sebastião, 28 de novembro de 2014).

<sup>22</sup> Vacina BCG: vacina contra tuberculose. Fonte: TOSCANO, Cristiana. KOSIM, Ligia. Cartilha de vacinas: para quem quer mesmo saber das coisas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

<sup>23</sup> Visita de vinculação: visita prévia das gestantes aos locais (casas de parto, maternidades e centros obstétricos) em que darão a luz.

Mulheres de todo o Distrito Federal e de lugares diferentes, de classe social, idade e objetivos diferentes vão parir em São Sebastião “mesmo sem conhecer sua proposta, gostam do atendimento” (FRANÇA, 2013 p.11). Diversos grupos de mulheres também são encaminhados à reunião de gestantes do terceiro trimestre, sendo esse um segundo momento em que ocorrem conversas sobre o parto, sobre os direitos das gestantes, o processo de internação de mãe e bebê e onde há mais um momento para se conhecer a Casa.

A Casa de Parto dispõe de aparelhos para o auxílio do parto (bola, cavalinho, gancho preso ao teto para facilitar parto de cócoras), uma banheira para parto na água e chuveiro quente. Há o incentivo à movimentação (deambulação) no parto e uma área própria para isso, alimentação, som ambiente.

A Casa incentiva algumas ações como a escolha da posição de parto pela mulher (deitada, de cócoras, de lado etc); a possibilidade de ter dois acompanhantes quando da necessidade da parturiente; incentivo ao corte do cordão umbilical pelo pai; incentivo ao aleitamento materno; além de horário estendido de visita e a presença do pai em qualquer momento da internação.

As mulheres saem de lá já com o agendamento da revisão do parto que ocorre sete dias após o mesmo ter ocorrido e o agendamento da primeira consulta do bebê pelo pediatra da Unidade Mista de Saúde. Ao final da internação as mulheres preenchem um formulário para avaliação do serviço prestado a elas, sendo que posteriormente esses dados são expostos à Equipe de Enfermagem durante as reuniões da Equipe de Enfermagem para que elas compreendam o andamento de seus serviços.

### 3.7 - O Protocolo e as Reuniões da Equipe

Protocolos são instrumentos normativos (normas escritas) que orientam os profissionais na execução de funções e têm como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano do trabalho em saúde. Além disso, a descrição das atribuições profissionais para que o mesmo tenha responsabilidade e respaldo de executar as ações que lhes são atribuídas.

Os protocolos da Enfermagem são divididos em dois tipos: protocolos de cuidado (de assistência) e protocolos clínicos. Enquanto o protocolo clínico direciona seu foco ao manejo das ações e a prática, que é baseada na literatura de manuais

pertinentes à prática da enfermagem. Para o modelo da Casa de Parto não existem protocolos prontos, elas usam uma compilação de livros e adaptam às necessidades do serviço, sendo, portanto, de sua autoria.

O Protocolo da Casa de Parto assimila essas duas concepções em apenas um arquivo. Semelhante a uma apostila, é escrito e atualizado em reuniões da equipe de Enfermagem. Este protocolo está em fase de atualização, por isso ainda não foi posto para consulta pública. Aqueles que desejam conhecer sobre o funcionamento da Casa de Parto devem dirigir-se a mesma para conversar com as enfermeiras, que ocorrem normalmente nas visitas de vinculação.

Em resumo, o protocolo da Casa é uma compilação das ações e deveres da Casa de Parto como instituição e das ações que a Casa deve ou não oferecer. Ele também delimita como as enfermeiras devem proceder no atendimento, no processo do parto, no acompanhamento a bebês e puérperas, a quem se destinam esses serviços.

Durante a pesquisa de campo, consegui acompanhar uma reunião de protocolo embora tenham ocorrido outras que não pude acompanhar. A primeira reunião que acompanhei na verdade era o prosseguimento de uma que teria ocorrido anteriormente. E a segunda reunião, que se tratava não da discussão do protocolo, mas, da apresentação dos resultados e também da discussão de alguns processos de trabalho, que acompanhei já no final de minha pesquisa de campo. Durante o período em que estive em campo pude acompanhar duas reuniões- uma de protocolo e outra sobre a organização e planejamento da Casa de Parto-, mas houveram outras reuniões, de protocolo e de orientações sobre condução da amamentação, marcação de férias que não acompanhei pois realizaram-se em dias em que não faziam parte de meu cronograma.

A primeira reunião que acompanhei ocorreu em uma sexta-feira para que eu pudesse acompanhá-la, a enfermeira chefe pediu autorização para as demais e apenas após a afirmativa de todas pude entrar na sala de reuniões. A reunião ocorreu em uma sala da Unidade Mista de São Sebastião. No dia em que a acompanhei percebi que as enfermeiras estavam não só organizando um protocolo, mas também realizando uma confraternização em grupo em razão das aniversariantes do mês, de forma que havia comida e bebida.

Nas reuniões, a presença das enfermeiras é solicitada para que todas deliberem e opinem sobre as práticas do serviço. Nem todas as enfermeiras



conseguem participar, já que o horário coincide com o horário de plantão de umas e de descanso de outras. Na primeira reunião que participei estavam presente apenas sete enfermeiras obstétricas, o que de certa forma inviabiliza algumas decisões que precisam ser tomadas com a presença do maior número de pessoas, além disso muitas discussões precisam ser prolongadas o que exige um maior tempo e disposição por parte das enfermeiras.

Durante esta primeira reunião as enfermeiras trataram das partes mais técnicas do protocolo, ou seja, das atividades e procedimentos referentes a prática da enfermagem como, por exemplo, como deve ser a avaliação do bebê e da amamentação após o parto, a avaliação e os procedimentos que devem ser executados após o parto como suturas e limpeza e retirada da bolsa amniótica. A enfermeira chefe conduz e organiza a ordem de apresentação dos pontos a serem discutidos, e ao longo da reunião as demais enfermeiras tem espaço para perguntas e discussões.

Durante a reunião é reforçado que as enfermeiras devem, quando procuradas por mulheres e gestantes, reforçar a importância da execução dos exames e consultas do pré-natal, já que a Casa tem perfil de maternidade, mas não realiza o pré-natal que é uma das formas das enfermeiras entenderem como é a condução da gestação.

Nós não fazemos pré-natal, e não sabemos como a mãe e bebê estão nessa fase de desenvolvimento por isso precisamos das consultas, exames e prescrições. Mesmo quando uma mãe que não acompanhamos ou conversamos chega aqui para ter seu parto sem conhecermos, já nos sentimos inseguras imagine com aquelas que vem com número insuficiente de consultas ou sem os exames? Assim, muitas vezes não podemos ajudar (Enfermeira obstétrica. Casa de Parto, diário de campo, 14 de novembro de 2014).

Durante a reunião, a equipe de enfermagem também discutiu sobre medicações e prescrição de medicamentos por parte da enfermagem. Da maneira como o protocolo estava escrito não haveria possibilidade de as enfermeiras prescreverem medicamentos, mas elas entendem que se a mulher necessita e pede o medicamento seria injusto elas não darem algo para dor, já que dentro da casa de parto elas não podem aplicar anestesia epidural <sup>24</sup>, se a mulher realmente precisar ela precisa ser removida ao hospital. Quanto à medicação que poderia ou não ser prescrita pelas enfermeiras, decidiram reunir-se e perguntar a uma das médicas da

---

<sup>24</sup> Anestesia epidural: tipo de anestesia para eliminação da dor no parto.

Unidade Mista, mas por ora não incluíam no protocolo para não aumentar a demanda da casa de parto.

Ainda na reunião são apresentadas questões como: atendimento humanizado; relatos de experiência das mulheres que deram a luz dentro da Casa de Parto, além dos resultados dos formulários de avaliação preenchidos pelas mulheres que foram atendidas pelas enfermeiras. Em minha observação, além de ser uma reunião de discussão, esses encontros do protocolo também funcionam como uma terapia, onde além de conversarem sobre procedimentos clínicos as enfermeiras também dão opinião e compartilham suas experiências, dúvidas e angústias vividas na Casa de Parto.

Minha segunda reunião junto às enfermeiras ocorreu já ao final da segunda fase de minha pesquisa. Devido ao início de minhas aulas na faculdade tive de me ausentar por dois dias de pesquisa, de forma que depois tive que repô-los para retomar o acompanhamento da pesquisa. Devido a ausência durante esse período, quando retornei a Casa de Parto descobri que estava ocorrendo uma das reuniões da Equipe, resolvi então acompanhá-la e me desculpar junto a Equipe por minha ausência.

Quando cheguei a reunião, que já havia sido iniciada, perguntei do que se tratava, ao passo que me responderam que era uma reunião sobre a produtividade do primeiro trimestre de 2015 (janeiro, fevereiro e março). De forma que foram abordados temas como quantidade de internação e atendimento externo, além da vinculação de mulheres à Casa de Parto, também a integração da Casa com os demais serviços de saúde e a vinculação das mulheres que ocorriam durante a reunião de vinculação.

Alguns aspectos me chamaram a atenção. Durante a reunião foi explicado às enfermeiras que não se poderia deixar qualquer pessoa entrar na Casa de Parto para dar uma “espiadinha”.

Não se entra no Hospital Sofia Feldman para se dar uma espiadinha no que acontece lá dentro, aqui também é um serviço. Já chegaram colegas enfermeiros e médicos tentando entrar na Casa de Parto sem ser naqueles dias de visitas. Um colega justamente por ser colega deve respeitar o trabalho do outro, tem que ter uma organização pois não se entra na casa dos outros assim. (Enfermeira Obstétrica da Casa de Parto. Diário de Campo, 10 de abril de 2015).

Uma dificuldade apontada por uma das enfermeiras é a uniformização do atendimento durante o dia e à noite, pois segundo ela é muito difícil não se aceitar a

permanência de uma mulher que vem de noite sozinha de um lugar distante como acontece muitas vezes, mesmo que ela não esteja em trabalho de parto ou que não precise permanecer na Casa. Para ela também é importante existir uma conduta social.

Outro assunto importante tratado na Casa é que muitos dados e informações da Casa de Parto são subnotificados, seja por esquecimento, troca de plantão, dificuldade no controle de muitos dados e preenchimento de muitos formulários. Um dos exemplos é o fato de o número total de revisão de partos ter sido menor que o número de partos em alguns meses, para elas é difícil organizar os dados de muitas mulheres, para isso elas cogitaram a criação de uma agenda, mas seria mais um documento para se organizar e preencher, como a Casa de Parto não é informatizada (não há computadores) e não há apenas uma pessoa responsável pelo preenchimento de dados torna-se mais difícil o controle de dados de forma que a própria equipe é responsável por todo o registro e controle de dados em livros de pauta que organizam e sistematizam a quantidade de partos, a identificação das usuárias e dos bebês, exames realizados, vacinas tomadas, resumos dos plantões e tipos de parto realizados. Somente na Casa de parto não há o registro informatizado dos dados e atividades prestados pela unidade.

O tempo que se gasta no preenchimento de dados em livros, se perde na assistência (Enfermeira obstétrica. Casa de Parto, diário de campo, 10 de abril de 2015).

A respeito do preenchimento de dados ficou acordado durante a reunião que as enfermeiras deveriam prestar atenção durante o manejo de documentos e papéis bem como de prescrições, de forma que conversas e distrações deveriam ser evitadas durante essas atividades, por isso resolvi a partir desse ponto, fazer entrevistas e conversar mais com as enfermeiras durante os períodos de pausa e lanche e não mais enquanto elas preenchiam os papéis.

Ao fim dessa reunião foram apresentados alguns problemas em uma tabela, com sua descrição e possível solução, dentre estes problemas estão: reparos da estrutura da Casa, preenchimento de papéis, localização de equipamentos etc) a Equipe de Enfermagem então deliberou sobre as soluções e votaram sobre aquelas que acreditam serem mais pertinentes.

### 3.8 - As decisões da equipe

O processo de decisão pode ser desenvolvido por uma única pessoa ou por grupos, o que pode tornar o processo demorado em função de muitas pessoas opinarem sobre soluções para seus problemas, que podem ser diversas. Normalmente, dentro de hospitais, médicos deliberam sobre as decisões, já dentro da Casa de Parto as decisões são tomadas de forma conjunta pela Equipe de Enfermagem e quando necessário junto também à chefia da Casa.

O processo de tomada de decisões dentro da Casa se inicia já no planejamento das ações desenvolvidas na instituição, que são organizadas dentro das reuniões de protocolo e que ocorrem várias vezes em função da dificuldade de reunir uma equipe inteira.

As decisões da equipe de enfermagem são tomadas muitas vezes em função da norma estabelecida no protocolo. Por ser um atendimento à gestantes e parturientes de baixo risco, as atividades e ações desenvolvidas dentro da Casa de Parto não fogem muito àquilo que elas veem cotidianamente, como remoções, atendimentos, e o processo de trabalho de Parto. O protocolo, portanto, serve como proteção e baliza de suas ações no cotidiano da casa, lembrando que, agora, está sob revisão e alteração.

Quando em situações de urgência, que fogem ao seu protocolo de ação, como em casos de emergência, distócias, falta de exames, consultas e de pré-natal, as enfermeiras já estão orientadas para agirem de uma determinada forma que normalmente deve estar descrita no protocolo, que é o caso de conduzirem uma remoção, ou seja, transferirem a parturiente com algum desses problemas para o hospital de referência.

Mas em alguns casos as gestantes não podem permanecer na Casa de Parto, ou por não se inserirem nos critérios de admissão estabelecidos ou por necessitarem de atendimento hospitalar. Devido à fragilidade do sistema de saúde algumas não conseguem uma remoção imediata e um leito em hospitais que normalmente encontram-se lotados, em outros casos, não se inserem nos critérios de admissão, ou vão até a Casa de Parto sozinhas (sem acompanhante que as auxilie) durante a madrugada, o que para as enfermeiras constitui um risco à segurança das mulheres e, por isso elas normalmente deixam que as mulheres permaneçam ali até que alguém as auxilie ou até que seja seguro que as gestantes retornem às suas casas.

Nesses casos em que não há possibilidade de remoção muitas vezes as enfermeiras presentes no plantão deliberam sobre permanecer ou não com as gestantes na Casa de Parto, em algumas situações presenciei a escolha das enfermeiras por manter essas mulheres sobre seus cuidados, mesmo que tivessem que responder legalmente por qualquer acontecimento que ocorre. Para elas é mais importante que essas mulheres recebam algum tipo de cuidado do que nenhum, mesmo que para isso elas tenham que escapar ao protocolo.

Por muito tempo pensei que, para observar como as Enfermeiras tomavam as decisões, era necessário o acompanhamento de um parto. O que se acostuma a ver em filmes ou mesmo na televisão é que em casos de emergência durante partos dentro dos hospitais, as tomadas de decisão devem ser urgentes, pois qualquer demora significa o crescimento de riscos.

O caso em que cheguei mais perto da ocorrência de um parto se deu já no final de minha pesquisa de campo, normalmente quando eu chegava ou as mulheres haviam acabado de dar a luz ou já se preparavam para receber a alta ou ainda acabavam de ser admitidas na Casa. Certa vez ao chegar a Casa de Parto as enfermeiras me contaram que havia uma mulher já entrando no que chamam de período expulsivo <sup>25</sup>. Como não havia conhecido a parturiente e nem tive sua permissão para acompanhar seu parto, vi que o melhor seria acompanhar esse processo de fora, ou seja, apenas ouvindo o que se passava no quarto.

Ouvi todos os gritos, as angustias e as perguntas da parturiente, bem como vi a aflição de seu marido que esperava do lado de fora. Percebi, apenas ouvindo, que todo o processo de trabalho de parto funciona como uma negociação entre as enfermeiras e a parturiente. Se a parturiente não deseja mudar de posição, as enfermeiras conversam com elas sobre possibilidades e vantagens, se ela realmente não quer mudar de posição as enfermeiras respeitam o que ela deseja, mas sempre oferecendo outras possibilidades. Neste dia percebi que a parturiente aceitou posicionar-se na banqueta de cócoras <sup>26</sup> e que ali mesmo teve seu bebê, pois sentiu-se confortável na posição em que escolheu e que as enfermeiras, exercendo sua função de cuidado e de auxílio, esperaram pela saída da bebê para que a aparassem, de forma que de fato aquele parto foi daquela mulher e daquele bebê.

---

<sup>25</sup> Um dos estágios do parto, quando o bebê efetivamente nasce.

<sup>26</sup> Tipo de banco que auxilia a parturiente no parto de cócoras.

### 3.9 - Principais questões para a Casa de Parto: O trabalho em Rede

O trabalho dentro da Casa de parto deve segundo a proposição de um trabalho em rede (Redes de Atenção em Saúde fonte), funcionar em acordo e com a parceria de outras instituições, para que quando da necessidade das pacientes, ocorram as remoções delas para os hospitais ou locais determinados segundo a classificação de risco em que as pacientes se encontram e de acordo com o tipo de complexidade da instituição ao qual são enviadas.

As Redes de Atenção a Saúde podem ser definidas de acordo com o segundo o anexo da Portaria GM/MS nº 4.279/2001 que as institui no SUS, como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O sistema de saúde embora possua esse objetivo, é muito fragmentado, tem-se pontos de atenção que trabalham de forma independente e que não conhecem o trabalho de outros setores. Mas é necessário que esses pontos de atenção se integrem para que quando uma paciente necessite seja encaminhada para serviços de alta complexidade e quando retorne ao sistema de baixa complexidade receba um atendimento continuado.

Portanto, a prestação de cuidado e dos serviços deve ser contínua, e esse atendimento das gestantes de forma contínua desde o pré-natal até o puerpério é uma das diretrizes da Rede Cegonha, que se estabelece por meio dos quatro componentes de organização da Rede Cegonha,

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:  
I - Pré-Natal  
II - Parto e Nascimento  
III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança  
IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. (BRASIL, 2011).

Desde o primeiro dia em que estive na Casa de Parto pude acompanhar como são feitas as remoções e como são difíceis algumas das articulações entre as instituições de Saúde. O relato de remoção a seguir se deu em meu primeiro dia de campo, de uma puérpera que havia dado a luz na Casa de parto a menos de uma semana:

O hospital, o mais próximo fica a vinte minutos de distância. Então por ser parte do SUS a C.P deve oferecer assistência a quem necessitar. A suspeita era de que a mulher estivesse com apendicite, algo extremamente doloroso e que foi de muita sorte não ter acontecido uma ruptura durante o parto, já que a mulher em questão estava acompanhada de seu marido que cuidava de seu bebê. Uma ambulância foi chamada para que se levasse a mulher a um hospital. Um fato me chamou atenção bem como de outras pessoas, as condições da ambulância, que não oferecia segurança a passageira ou suporte para a cadeira do bebê. Dando-se um jeito com a ajuda da família a mulher pode ser transferida. (Diário de Campo, dia 29 de setembro de 2014)

As remoções são tidas como os maiores problemas enfrentados pelas enfermeiras, pois elas determinam uma situação em que não apenas as mulheres recebem atendimento antes ou durante o processo de parto, esse atendimento contempla também o recém-nascido quando existem intercorrências que elevam o nível de risco e, que impeçam de deixá-los na Casa até a alta. Mas embora o serviço deva ser oferecido tanto para mãe quanto bebê, muitas vezes no caso dos bebês esse atendimento é incompleto por falta de leitos.

As garantias de transferência são difíceis, principalmente de recém-nascido, em relação à mulher por conta de um trabalho bem intenso que fizemos com os gestores do Paranoá, nos conseguimos melhorar o acolhimento da nossa mulher lá, que tem que ser garantido pelo hospital de referência, mas como o nosso hospital não está em suas melhores condições e tem problemas ele também não dá conta de dar esse suporte pra gente, mas conseguimos melhorar bastante, mas com relação ao recém-nascido com 100% de todos os leitos regulados de UTIN<sup>27</sup> e UCIN<sup>28</sup> não conseguimos a garantia de recebimento desse bebê. Isso desgasta muito nossa equipe. (Enfermeira obstétrica, 24 de abril de 2015).

Algumas vezes foi possível observar a indignação das enfermeiras frente essas situações de impossibilidade de atendimento da população como no relato de plantão a seguir, em que não houve autorização de remoção de um recém-nascido por falta de leito na rede hospitalar:

É um absurdo não autorizarem esse recém-nascido, o protocolo é do SUS, mas às vezes é preciso passar por cima do protocolo. (Diário do campo, dia 10 de novembro de 2014).

Muitas vezes, a população ao não conseguir atendimento em outros hospitais retorna a Casa de Parto esperando ao menos o atendimento e remoção adequados.

---

<sup>27</sup> Unidade de terapia intensiva neonatal.

<sup>28</sup> Unidade de cuidados intermediários neonatais.

Li o relatório de enfermagem que faz um resumo dos plantões a serem repassados a outros. Me atento ao relato da noite do dia 29/10/14 no qual a enfermeira faz um relato da impossibilidade de atendimento no HRP de três mulheres grávidas que relataram ouvir dos médicos a falta de atendimento por falta de condições. Informadas pelas enfermeiras de seu direito de atendimento as mulheres alegaram que: no HRP o médico disse que não podia atender; no HUB não houve contato e o HMIB estava fechado por infecção. Uma paciente então com perda de líquido abundante permaneceu na Casa de Parto, (o que fugia ao protocolo) para ser removida pela manhã, pois essa paciente relatou que não retornaria ao HRP pois se sentiria humilhada. (diário de campo, 07 de novembro de 2014).

Outros problemas que a Casa de Parto enfrenta estão relacionados às próprias deficiências de administração dos serviços públicos, o que acaba atingindo o cotidiano e atrapalhando o andamento do serviço. Por vezes, às enfermeiras enfrentaram situações de “saia justa”, como quando a alimentação das enfermeiras e dos profissionais foi cortada por falta de pagamento aos serviços das empresas pelo governo e também as inúmeras greves no transporte público como relatou uma enfermeira ao dizer que:

Teve uma enfermeira, uma colega que já teve que vir de táxi para não perder o dia de trabalho. (Enfermeira obstétrica da Casa de Parto, 13 de março de 2015).

### 3.10 - Histórias de vida

A inserção das enfermeiras na Casa de Parto se dá por concurso público, que é o meio de admissão na Secretaria de Saúde órgão responsável, dentre outras funções, por coordenar a admissão de funcionários da rede de saúde. Após a admissão no concurso normalmente elas não conhecem o local ao qual serão enviadas e não conhecem os outros profissionais. Muitas chegam sem nem conhecer a proposta da Casa de Parto, outras que seguem desde o início do funcionamento da Casa ajudaram a consolidar o modelo. E outras tantas, desejam e torcem para que sejam encaminhadas para a CPSS.

São mulheres de características e qualidades diversas, que se encontram na faixa etária que vai dos 30 aos 45 anos, que vem de diversas regiões do país e permanecem na Casa de Parto por motivos variados, que vão desde a necessidade econômica até pelo prazer de trabalhar em tal instituição. Aqui então apresento as histórias de vida de algumas dessas mulheres. Para preservar suas identidades lhes atribui os nomes de Deusas gregas e todas as conversas foram realizadas nas



dependências da Casa de Parto como: copa, sala de descanso, consultório, bancos de espera, posto de enfermagem.

### 3.10.1-Trajetoória de vida de Hera\*:

Hera\* nasceu em Brasília, é casada e possui uma filha. Ela se formou na Universidade de Brasília e teve afinidade para área de saúde e quis fazer enfermagem que, na época, era chamada Enfermagem e Obstetrícia, mas na graduação havia uma formação geral, a parte de obstetrícia era muito fraca, Hera procurou então por um curso de especialização ela escolheu a obstetrícia, a parte que lhe faltou na formação e então fez residência em obstetrícia no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) por dois anos. Foi formada em um modelo hospitalar e com a equipe médica.

Teve experiência na residência com outros modelos de atenção de Brasília em centros obstétricos e maternidades, mas era muito difícil trabalhar com ações mais humanizadas e havia muitos empecilhos para que outras experiências e mudanças acontecessem, pois em geral as equipes dos hospitais não admitiam mudanças em relação às ações realizadas dentro do centro obstétrico em relação ao parto e as decisões e mudanças cabiam unicamente a equipe médica.

Hera\* também trabalhou no Hospital das Forças Armadas onde segundo ela, a maioria dos partos era cesariana e não havia muito espaço para mudanças de modelo assistencial, as mulheres eram mudadas de lugar sempre até o bebe nascer, ou seja, o atendimento era feito em um local, os exames em outro, durante o período expulsivo as mulheres eram mantidas nas salas cirúrgicas e durante a internação eram colocadas nos alojamentos. Como não há um concurso voltado para as áreas específicas os enfermeiros estudam esperando trabalhar em qualquer ala ou setor dos serviços de saúde.

Houve um concurso para a rede pública de saúde e uma outra enfermeira já havia mudado do Hospital das Forças Armadas (HFA) para a casa de parto e ela dava informações a Hera\* de como era trabalhar no local. Hera resolveu prestar outro concurso por estar insatisfeita com o modelo encontrado no HFA. Hera\* avisou a colega que ao passar no concurso da rede pública gostaria de ser enviada para a Casa de Parto, essa colega conseguiu então articular a sua mudança junto a chefia da Casa que procurava por pessoas que se comprometessem a trabalhar ali.

Hera\* chegou no ano de 2011 e logo no começo percebeu algumas diferenças em relação ao parto, principalmente em relação as intervenções que nas Casa de Parto eram poucas e aconteciam de acordo com a necessidade das mulheres, pois a Casa de Parto se propõe a intervir o mínimo possível durante o parto e apenas quando necessário.

Segundo Hera\*, enquanto no hospital faz-se o que o medico manda, por medo de que aconteça algo, na Casa de Parto há um pacto em relação das decisões, ou seja, nunca uma enfermeira toma uma decisão sozinha. Atende-se a demanda da comunidade, e o que muda é a humanização da assistência. O próprio perfil ajuda, pois atende-se apenas mulheres de baixo risco.

Para ela, os conflitos dentro da Casa de Parto de São Sebastião são poucos, porque em geral a equipe conversa para que ocorra um consenso e quando não é possível pede-se ajuda e opinião dos profissionais da Unidade Mista. Até por que como há um protocolo, o que é feito não foge muito a ele.

Para Hera\* a ideia da humanização lhe veio na residência e segundo ela a humanização significa ter um respeito ao indivíduo e ao processo que a pessoa passa, respeitando cada mulher e colocando-a como protagonista de seu parto, além de permitir que alguém a acompanhe e respeite seus direitos e escolhas.

Hera teve um parto cesáreo, mesmo não tendo complicações que justificasse esse tipo de parto, diz que se arrepende muito, mas era muito nova e mesmo sendo enfermeira não sabia de muita coisa. O parto foi rápido e foi tudo bem, mas o que sentiu mais falta foi do contato pele a pele, porque sua filha foi levada para ser limpa e receber aqueles procedimentos e não ficou muito tempo com ela. Segundo Hera, em um ambiente hospitalar não se tem nem a liberdade de trocar de posição, nem o enfermeiro e nem a mulher que esta ali. Em sua época de estudos achava que a episiotomia -comum na residência- era humanização por que ajudava, mas não era. Ela aprendeu a não ser tão intervencionista na Casa de Parto, assim como entendeu que o processo de parto não necessita de intervenções, quando bem conduzido mãe e bebê conseguem desenvolver as atividades que são de sua natureza, as enfermeiras estão ali apenas para amparar e ajudar.

Assim como Afrodite, Hera\* acha que a expansão desse modelo não deveria ocorrer em relação à quantidade (que se aumente muito a demanda de partos pela Casa), pois o que deveria ser feito é, que cada cidade deveria ter um Casa de Parto que atendesse aquela comunidade e não apenas uma que fosse maior e atendesse

muitas mulheres. Segundo ela, maior problema é quando as mulheres se sentem perdidas e desamparadas dentro do Sistema (SUS), o que normalmente ocorre em grandes hospitais por atenderem grande quantidade de pessoas. Comentou que se se estivesse na mesma situação gostaria de não ser desamparada mas, ter uma “mão amiga” que lhe cuidasse.

Hera enquanto eu estava em campo estava pensando em trocar de local de trabalho, pois onde mora (Águas Claras) é de certo longe da Casa, mas um tempo depois já ao fim de minha pesquisa percebi que ela havia mudado de ideia ao dizer - “já esqueci isso faz tempo, sei que não vou conseguir mudar pra algo semelhante a Casa de Parto e mudar para a atenção básica que era o que queria é muito difícil, então prefiro estar aqui”.

### 3.10.2 - Trajetória de vida de Afrodite\*

Afrodite tem 43 anos e é natural do Rio de Janeiro, tem dois filhos. É enfermeira formada pela Universidade Federal Fluminense e fez sua pós-graduação na Universidade de Brasília. Já trabalhou no Hospital Universitário da Universidade Federal fluminense; no Hospital Sara Kubisheck; no Programa Saúde em Casa, e depois em 2000 entrou na secretaria de Saúde do Distrito Federa, e em 2001 no Hospital de Base de Brasília.

A identificação da área de saúde da mulher veio desde a faculdade, por conta de uma professora que teve essa capacidade de sensibilizar e contagiar os alunos com a temática do parto. Quando estava no ultimo semestre já tinha decidido fazer a pós-graduação em São Paulo, que na época era a única possibilidade na Escola Paulista de Medicina, mas entre ir pra São Paulo e fazer esse processo, e ir pro Hospital Sarah ela preferiu fazer o concurso do Sarah, esperando trabalhar com áreas de melhoramento de locomoção de gestantes o que não se cumpriu. Após quatro anos ao sair de lá ela decidiu resgatar o trabalho voltado ao parto e então procurou emprego nesse campo e participou de processo seletivo para professor substituto da Universidade de Brasília e ficou lá um semestre. Segundo ela: “procurei mais aprender do que ensinar” para se aproximar com a temática de parto e obstetrícia.

De lá saiu para o “Saúde em Casa” e começou a se aproximar por meio do pré –natal com a temática. Depois de um tempo conseguiu passar no concurso da Secretaria do DF, por não respeitarem a especialidade dos enfermeiros, foi parar

em um pronto-socorro da Ceilândia, depois foi para o Hospital de Base e com os contatos criados no trabalho conseguiu uma remoção por permuta para o Centro de Saúde, que ocorreu em 2001 e passou dois meses ajudando na Montagem da Unidade Mista de São Sebastião . E após uma oportunidade, acabou assumindo, após um tempo de pausa para licença maternidade, quando retornou voltou para a assistência a parto e nascimento, mas como uma enfermeira da equipe e não uma enfermeira obstétrica. Isso quando ainda havia médicos.

Após outra licença maternidade, (2010) Afrodite retornou os médicos da Casa de Parto já haviam saído e na época quem estava na gestão da secretaria fez a proposta de manter a Casa de Parto com apenas enfermeiras obstétricas. E mesmo assim foi difícil, pois houveram tentativas de fechamento pois a proposta de um serviço sem médicos era muito polêmica.

Para Afrodite, a integração da equipe é um grande desafio, mas é algo motivador, pois ali na Casa o trabalho das enfermeiras tem menos barreiras para construir um trabalho baseado nas recomendações de boas práticas na assistência ao parto e nascimento. Com a formação das enfermeiras, por mais que não seja perfeito e ausente de problemas,- elas conseguem ter um alcance melhor dos objetivos do trabalho pois segundo ela é preciso:

Entender por que a gente está aqui, qual o nosso objetivo, para quem se trabalha, como estamos fazendo o trabalho e comparar isso com aquilo tudo que é preconizado como a linha de cuidado preconizado pelo Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (Afrodite\*, enfermeira obstétrica, diário de campo 22 de março de 2015).

Afrodite certa vez relatou que de uma de seus partos houve uma episiotomia muito grande, o que de certa forma a traumatizou muito, e a fez voltar seu olhar com mais cuidado para práticas de cuidado não invasivas

Afrodite já teve oportunidade de trabalhar em outro local, mas por ter metas a cumprir na Casa de parto e também ter a facilidade de trabalhar perto de casa, de ser um lugar onde ela se identifica e tem prazer de trabalhar todos os dias, decidiu permanecer no serviço. Segundo ela, a Casa de Parto e o Centro Obstétrico são diferentes, é um outro trabalho e modelo, na Casa de Parto há uma autonomia para prestar assistência baseada nas boas práticas e enxergando um parto como algo fisiológico, centrado na mulher, pois não há como centrar em outra pessoa, além de “um marco importante na vida de uma mulher e de uma criança”.

Num hospital onde o parto é visto como evento médico, e vem da formação da medicina, quando o parto foi colocado dentro do hospital o medico deteve o conhecimento, a mulher foi colocada em uma posição para que ele fizesse o parto. Segundo ela: “Lá é o outro que faz o parto, e mudar esse parto de lugar é algo que é complicado pra desconstruir, meche com status, vaidade, conhecimento, valorização e é como se um medico tivesse que abrir mão do que eles construíram a vida inteira. (Afrodite\*, enfermeira obstétrica, diário de campo 22 de março de 2015).

### 3.10.3 Trajetória de vida de Atena

Na Casa de Parto também fui apresentada a Atena\*. Uma enfermeira vinda do Piauí, que possui marido e uma filha de 3 anos lá. Atena é alegre e gosta de conversar, fala sobre a família e sobre trabalho. Sobre como é difícil estar longe da filha já que enquanto ela trabalha no Distrito Federal a filha permanece no Piauí, por não ter família em Brasília ela considera o trabalho como única distração.

No Piauí teve experiência como agente do Programa Saúde da Família, e já trabalhou com diversos tipos de comunidades como quilombolas e ciganos. Tem uma visão de mundo bastante diversificada sobre saúde e foi a primeira de todas as enfermeiras a mencionar a noção de espiritualidade: “É preciso ter muita espiritualidade para se trabalhar aqui” e isso me lembrou que dentro da Casa de Parto, em cima de uma prateleira no posto de enfermagem há, uma imagem da santa Nossa Senhora do Bom Parto, além de um cristal e uma pedra brilhante ( que normalmente esta relacionado a disseminação de energias positivas e em alguns casos de retenção de energias negativas) o que a meu ver denota que não só Atena possui a dimensão da espiritualidade mas que outras enfermeiras também tem a dimensão da religiosidade.

Atena escolheu vir ao Distrito Federal por achar que aqui os salários são melhores que aqueles de seu estado, e admitiu que não queria ir para a Casa de Parto pois não conhecia a mesma, mas que durante um processo de pedido de troca de local de trabalho ficou sabendo sobre a possibilidade de ser um bom local, embora tivesse uma visão de que centros obstétricos correspondiam a locais muito barulhentos, ensanguentados, e sujos algo que ela não queria, mas que se encantou ao conhecer a Casa, um local totalmente diferente do que imaginava de um Centro obstétrico em que mulheres gemiam e gritavam de dor, em que o chão era cheio de sangue e onde médicos mandam e enfermeiros apenas obedecem.

Atena tem muita experiência na Casa de Parto, que foi acumulada ao longo de dois anos de trabalho. Essas experiências nem sempre foram boas, ou fáceis.

Segundo ela, uma vez atendeu uma garota de 14 anos que estava acompanhada pela mãe, (algo permitido na Casa de Parto). Segundo ela foi um parto difícil já que a mãe não desejava que a filha tivesse o filho ali (na Casa de Parto), queria um hospital e remédios para a mesma, algo que foi tido como negativo. Nesse momento, foi percebido por Atena que a garota era filha única e extremamente guardada pela mãe, segundo ela:- “Era uma criança ainda. Mas durante o parto não houve quem não chorasse, porque naquele momento ela ( a parturiente) teve que renascer como mulher.

Para Atena, o nascimento é algo muito importante, pois trazer uma pessoa ao mundo é de uma grandiosidade inexplicável, é algo que envolve a família e as profissionais, daí a importância de se comprometer e oferecer o cuidado ao outro. Segundo Atena, quando as pacientes reconhecem o trabalho das enfermeiras é gratificante.

Ela era a única das enfermeiras que não possuía a especialização em Obstetrícia, mas atualmente está em processo de especialização pela Universidade de Brasília. Devido a suas aulas da especialização, meu contato com Atena passou a ser mais raro.

### 3.11 - Os Entraves da Pesquisa em Campo

Quando me inseri em campo para pesquisar sobre a tomada de decisão da Equipe de Enfermagem da Casa de Parto eu sabia que deveria me inserir em um universo ainda desconhecido, ali eu tinha o objetivo de observar, ver e ouvir sobre processos decisórios e também sobre o cotidiano das profissionais que eram participantes de minha pesquisa.

Eu deveria realizar entrevistas em profundidade para conhecer a história de vida dessas três mulheres, o que necessitava de empenho e dedicação de minha parte e tempo, paciência e uma “entrega” por parte delas. Havia um roteiro, um questionário<sup>30</sup> que me servia de referência para o que deveria perguntar. Parece fácil aplicar um simples questionário, mas a história de vida precisa ter, além de perguntas e respostas, uma reflexão que ocorre ao se buscar na memória o que se costuma esquecer e que readquire significados quando se é recontada.

---

<sup>30</sup> Ver Apêndice.

Todas as entrevistas foram realizadas dentro da Casa de Parto, enquanto havia tempo, enquanto havia pausa, durante o lanche, nos consultórios ou no posto de enfermagem, pode parecer muito, mas foram momentos curtos. pois dentro da Casa as enfermeiras e técnicas em enfermagem realizam muitas funções que vão desde o atendimento as gestantes nos consultórios, durante o trabalho de parto até o atendimento de telefone e preenchimento dos inúmeros formulários e papeis de internação, alta, prescrições, relatos de plantão, parto etc.

Todas as três entrevistas conseguidas foram como quebra-cabeças, pois nenhuma foi conseguida em apenas um dia, porque havia entre uma conversa e outras um atendimento, havia um pedido de ajuda de uma parturiente, havia um papel a ser preenchido - o que deveria ser feito com muito cuidado já que durante uma reunião de protocolo as enfermeiras tiveram de ter a atenção chamada, pois ainda havia ocorrência de dados não preenchidos- e tudo isso não poderia ser ignorado nem por elas e nem por mim, pois o estudo de campo além de demandar tempo exige que o pesquisador não interfira nos processos cotidianos.

### 3.12 - Hierarquia e co-gestão nos processos decisórios

A hierarquia de uma forma bem sucinta pode ser entendida, dentre outros significados, como um conjunto de relações de subordinação entre os membros de um grupo em que alguns desses membros podem obter graus de poderes.

Nas instituições é comum que essas relações se desenvolvam de um forma mais exposta, de forma que determinados indivíduos possuem poderes já estabelecidos diante do cargo e posição que assumem. Nas instituições de Saúde o médico comumente assume a posição de poder sobre os demais membros da equipe, se igualando apenas com membros de sua mesma hierarquia, ou seja, outros médicos e respondendo por quaisquer problemas advindos de suas iniciativas.

Na Casa de Parto, pela ausência da figura médica, a hierarquia assume patamares diferentes daqueles comumente encontrados em hospitais, pela equipe ser composta apenas de enfermeiras e técnicas de enfermagem. A hierarquia se dá em relação a posição da profissão ocupada pelos componentes do grupo na instituição: se enfermeira obstétrica ou técnico de enfermagem, e a coordenação dos processos é conduzida pela chefia da casa junto as enfermeiras durante as

reuniões. Durante os processos de decisão todos podem votar ou opinar, seja nas reuniões de protocolo ou nas ações cotidianas ou durante o serviço nos partos.

Existe uma questão de hierarquia pela questão do enfermeiro ser a referência do plantão e o técnico estar submetido ao enfermeiro e a coordenação que é um nome bonito mas eu não posso dizer coordenação pois coordenação é o coordenador geral, é a chefia que na verdade nem gerencia é ainda, é um responsável técnico que tem a obrigação de fazer valer o que as portarias e a legislação determinam (Enfermeira obstétrica da Casa de Parto de São Sebastião, 22 de abril de 2015).

Ao falar em hierarquia de perfis, às enfermeiras da Casa de Parto assumem patamares de hierarquia mais horizontais, que se explicariam pela proximidade das pessoas que compõem a equipe e pela opção por permanecerem ali por aderirem a forma de trabalho e a proposta da Casa de Parto de oferecer assistência mais humanizada e que respeite as decisões das mulheres; bem como de seus objetivos de oferecer o mínimo de intervenções. Toda a Equipe procura inserir os demais membros do local nas situações encontradas no serviço.

Existe uma proximidade maior pelo perfil da chefia, e aqui temos um grande numero de pessoas que e a grande maioria esta aqui por opção, então são pessoas que tem perfil para estar aqui são pessoas que gostam daquilo que estão fazendo e então são pessoas que tem um interesse muito grande pela questão científica e acho que todo mundo tem que trabalhar em conjunto para construir, nós inclusive estamos revisando nosso protocolo em conjunto, o que pode acontecer sendo construído pelas pessoas que estão fazendo o trabalho acontecer é que fica mais democrático, mais claro e mais rico como resultado. Mesmo por que obviamente um grupo são pessoas que tem personalidades diferentes, as vezes percepções diferentes, a gente é aquilo que a gente trouxe de herança dos nossos pais da nossa família do meio que a gente vive, daquilo que nasce com a gente então eu acho que é uma soma de coisas. (Enfermeira Obstétrica da Casa de Parto de São Sebastião, 22 de abril de 2015).

A Casa de parto já sofreu inúmeras tentativas de fechamento e imposições dos Conselhos Regional e Federal de Medicina sobre a atuação das enfermeiras na Casa de Parto, pois estes representam os médicos que não aceitam que um lugar funcione sem a presença do médico, o que segundo os mesmos acarreta um maior risco.

Quando em situações de indecisão ou mesmo em que precisam passar por cima do protocolo- como quando permanecem com pacientes que não se enquadram na classificação de risco imposta pelo protocolo dentro da Casa de Parto por não conseguirem a devida remoção ou atendimento no Hospital de



referência ou na rede hospitalar próximas - muitas vezes as enfermeiras procuram na atuação conjunta o respaldo que precisam ao tomar atitudes que lhes imponham responsabilidades que o próprio sistema de hierarquia hospitalar e profissional durante a graduação não lhes ensinam a ter.

Eu preciso perguntar pras minhas colegas, sobre o que deve ser feito, ninguém vai lá e faz, até por que se acontecer algo uma tem o apoio da outra na questão da responsabilidade. (Enfermeira obstétrica da Casa de Parto de São Sebastião, 17 de abril de 2015).

Muitas vezes, as enfermeiras se encontram em dilemas acerca das remoções que muitas vezes não ocorrem por falta de leitos na rede pública no alojamentos conjuntos, outras vezes algumas mulheres chegam sozinhas a Casa de Parto no meio da madrugada procurando atendimento e quando não há possibilidade (de forma que elas não deveriam permanecer na Casa de Parto) muitas vezes essas mulheres permanecem, pelas enfermeiras não acharem justo deixarem-nas desamparadas.

Fico com medo porque é algo que foge do nosso protocolo, mas se as mulheres não conseguem atendimento na rede de saúde eu não posso manda-las pra casa, ai ficamos num impasse. (Enfermeira obstétrica da Casa de Parto de São Sebastião, 14 de novembro de 2014).

Esse impasse a que a Enfermeira\* se refere, está ligado ao fato de a Casa de Parto possuir um protocolo que determina que as mulheres que não puderem permanecer na Casa de Parto por motivos de complicações ou por não se enquadrarem nos pré-requisitos de admissão, devem ser removidas ou encaminhadas para o hospital de referência. O que acontece é que em casos em que não há atendimento na Rede pública, e até mesmo por segurança das pacientes (como no caso das que aparecem sozinhas à noite) as Enfermeiras mantêm as mulheres sob seus cuidados, mesmo que isso vá contra o protocolo, de forma que essas profissionais de saúde se arriscam caso haja algum problema para garantir o cuidado as gestantes, elas se colocam diante de um dilema muito grande que está entre seguir o protocolo ou garantir ao menos algum cuidado as mulheres que procuram a Casa de Parto.

## **CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES TEÓRICAS À LUZ DO CAMPO**

Segundo Chiavenato (2004, p. 254), tomar decisões é identificar e selecionar um curso de ação para lidar com um problema específico ou extrair vantagens em uma oportunidade. Assim, a decisão resulta da escolha das estratégias apropriadas com o objetivo de diminuir erros e consequências negativas.

O fenômeno de tomada de decisões feitas por enfermeiros e equipes de enfermagem é relativamente novo e tornou-se mais concreto com a possibilidade de atuação de equipes de enfermagem autonomamente, ou seja, sem a necessidade da presença de um médico em Casas de Parto e Centros de Parto Normal. Esse novo tipo de serviço possibilitou as enfermeiras a obtenção de uma maior liberdade e de nivelamento de patamares, uma vez que a figura do médico conhecida normalmente como detentora da última palavra deu lugar a Enfermeira obstétrica.

Enquanto o médico se forma para a atuação liberal (o consultório), a enfermeira está quase sempre, vinculada a uma organização; as principais exceções, no caso da enfermagem, acontecem quando profissionais se colocam no mercado liberal para cuidados domésticos de bebês, idosos ou doentes (MAIA, 2010, p.67).

Dessa forma, o presente estudo possibilitou o conhecimento e a aproximação com uma Equipe de Enfermagem que possui uma maneira própria de tomar decisões, em função de seu processo de trabalho que permite-as ter maior liberdade (em relação a vestimenta, condução de trabalho, ritmo etc) e uma maior pactuação entre o grupo nas decisões a respeito do funcionamento e das atitudes e atividades referentes a Casa de Parto e ao próprio processo de parto, pois como visto anteriormente as enfermeiras esperam que o processo de parto se desenvolva naturalmente e com a mínima intervenção.

Dentro da Casa de parto as enfermeiras se pactuam em relação às decisões tomadas, isso vai desde a organização e sistematização do trabalho de nível mais simples como saber qual profissional irá: atender à paciente, fazer exame, ou preencher papéis; ou nas decisões de nível mais complexo como: coordenar remoções entre instituições de saúde ou mesmo decidir se uma mulher deve ou não ser transferida para outro local (hospital), ou seja, as enfermeiras desenvolvem dentro da Casa de Parto um movimento ou ritmo próprio em que muitas vezes não é necessário que elas escolham entre si ou mesmo que esteja estabelecido em um quadro de funções a posição de quem faz o quê. Normalmente, ao perceber o ritmo

da Casa e também a ordem de atendimento e atividades realizadas pelas enfermeiras das equipes, elas já reconhecem quando é sua vez realizar uma função ou passa-la a próxima enfermeira da equipe, um movimento próprio e adquirido por meio da vivência em grupo.

Todo o trabalho dentro da Casa de Parto é pautado em um protocolo organizado e redigido por elas com base nas boas práticas de assistência ao parto<sup>31</sup>; nos objetivos próprios á uma casa de parto (como o atendimento a gestantes de baixo risco) e na articulação com os demais serviços de saúde. A redação do protocolo é organizada em diversas reuniões, e ocorre com a presença da chefe da Casa que também é enfermeira obstétrica que se denomina como parte integrante da equipe, além das outras enfermeiras obstétricas e técnicas de enfermagem.

Outro fato importante é que dentro da Casa de Parto a reunião do protocolo possui a função de organizar o sistema e todas as profissionais são chamadas para que ocorra a discussão sobre os procedimentos a serem seguidos na Casa de acordo com as demandas, com os fluxos de atendimentos e também as características da população ou das gestantes atendidas no período coincidente. Há uma apresentação a equipe dos processos e problema enfrentados em determinado período bem como uma devolutiva de como ou em que esses processos melhoram os índices de atendimento ás gestantes e de práticas não abusivas dentro do Sistema de Saúde.

A tomada de decisões é resultado de inúmeros elementos que formam o que Merhy denomina de “caixa de ferramentas” (2004, p.111), que são características, emoções, vivências, moralidades, saberes e práticas que cada indivíduo carrega consigo, e que tanto partilha como recebe do outro. As Enfermeiras da Casa de Parto vem de diversas regiões do país e partilham vivências distintas desde a sua formação até o trabalho na Casa.

Das três entrevistadas nenhuma sabia ao certo o que encontraria dentro da Casa de Parto, como era o serviço ou o atendimento as pessoas, o pouco de informações que tinham conseguiam por meio de informações relatadas por outras pessoas. Dessa forma, as experiências que Hera, Atena e Afrodite tinham eram provenientes de experiências adquiridas anteriormente e que se contrapunham ao

---

<sup>31</sup> Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo.

modelo de assistência encontrado na Casa de Parto: mais humanizado, compartilhado, integrante e acolhedor.

De forma que uma vez dentro do sistema da Casa, Atena relatou que tudo o que pensava a respeito do local se desfez, ela se apaixonou pela Casa de parto e pelo modo de construção do serviço de saúde, que não era como na imaginação dela, de um Centro obstétrico em que mulheres gemiam e gritavam de dor, em que o chão era cheio de sangue e onde médicos mandam e enfermeiros apenas obedecem. Hera na verdade se deparou com o que Chiavenato denomina de “Cultura Organizacional”.

Cultura é um conceito tomado da Antropologia pela Administração e que segundo Chiavenato caracteriza um

Conjunto de hábitos, crenças, valores e tradições, interações e relacionamentos sociais típicos de cada organização. Representa a maneira tradicional e costumeira de pensar e fazer as coisas e que são compartilhadas por todos os membros da organização. Em outras palavras, a cultura organizacional representa as normas informais e não escritas que orientam o comportamento dos membros da organização no dia-a-dia e que direcionam suas ações para a realização dos objetivos (CHIAVENATTO, 2003, p.372-373).

A cultura organizacional da Casa de Parto mudou o hábito de Hera de realizar as episiotomias, tão costumeiras em sua fase de residência, a crença de Afrodite no evento do parto como uma marco importante na vida de uma mulher e de uma criança trouxe ao grupo a dimensão do valor do evento com o qual trabalham; a interação das enfermeiras durante os processos de trabalho, e as conversas no balcão trazem a dimensão da convivência como fortalecedora das relações sociais dentro do trabalho. Todos esses elementos assim como tantos outros contribuem para a formação dessa cultura tão própria da Casa de Parto, e que as Enfermeiras adquirem quando se inserem nesse modelo de serviço tão diferente daquele comumente encontrado na formação dessas enfermeiras.

Essa cultura organizacional da Casa de Parto compreende a “norma não escrita” que se contrapõe ao protocolo que organiza e direciona as ações de saúde, mas que não dá conta da dimensão intrínseca (o que se faz pelo prazer de fazer) que os processos de oferecimento de saúde abarcam, o que se justifica pelo fato de muitas enfermeiras se encontrarem no dilema de, seguir o que o protocolo determina ou oferecer atendimento a mulheres que não estejam dentro das normas de admissão.

Quando optam por passar por cima do protocolo, as enfermeiras se colocam em situação de risco, mesmo que isso signifique cuidar e oferecer a saúde que a Constituição de 1988 e que o Sistema Único de Saúde tanto preconizam. O risco consiste principalmente no fato de mulheres que necessitem de atendimento em outras unidades de saúde permanecerem aos cuidados de um estabelecimento de saúde que não oferece o aparato necessário em caso de intercorrência.

Como motivação principal para tomarem essa atitude de não atender ao protocolo as Enfermeiras apontam o fato de não poderem desamparar as mulheres, pois se estivessem na mesma situação gostariam de não ser desamparadas, e de ter uma “mão amiga” em situações difíceis, que as acolhessem.

Em se tratando de motivação humana mesmo que Atena tenha escolhido mudar-se para a Casa por motivação antes de tudo econômica acredito que essa não é a única motivação suficiente para que ela permaneça trabalhando ali, bem como as demais e isso se justifica pelo fato de ela explicitar na frase -“faço o que gosto e perceber que o cuidado que ofereço a uma mulher é reconhecido é muito gratificante”.

Hera enquanto eu estava em campo estava pensando em trocar de local de trabalho, pois onde mora que é longe da Casa, mas que já ao fim de minha pesquisa percebi que ela havia mudado de ideia por não conseguir mudar para a atenção básica ou para algum lugar semelhante a Casa de Parto. Já Atena explicitou que suas motivações se encontram no fato de a Casa de Parto além de ser perto do seu local de moradia, ser um local que ela ajudou a construir e que desenvolve as práticas em saúde e o cuidado a mulheres, algo que ela desejou e não encontrou durante sua formação.

Segundo Caillé, em “Dádiva, *Care* e Saúde” (2013) há além da motivação econômica duas dimensões que determinam como são estabelecidas as motivações que estruturam as organizações da saúde, sendo estas a teoria da dádiva e do *care*. Em seu texto Caillé afirma que:

Desde o final do século XVIII, de fato, os economistas haviam tomado para si o estudo das leis da produção e da troca de bens e serviços mercantis, apostando que, para levá-lo a cabo, bastava levantar a hipótese de que, na esfera da economia, no mercado, os atores se comportam como indivíduos separados uns dos outros, calculistas e em busca de seus próprios interesses (ALAIN CAILLÉ, 2013, p.44).

Caillé refere-se a teoria do *homo economicus*, uma concepção que determina que as motivações são determinadas por interesses econômicos, de forma que ao final dos anos 1960 não só economistas passaram a aderir a essas teorias, mas também sociólogos e filósofos, de forma que “começou-se a se interrogar sobre o cálculo do custo/benefício, sobre a rentabilidade dos estudos, do casamento, do amor, do crime ou da crença religiosa (quanto rende crer em Deus?)” (Ibidem, 2013, p.45).

Para se contrapor a essa concepção do “homem econômico” a *Revue Du M.A.U.S.S.*<sup>33</sup> encontrou no campo das Ciências Sociais em especial no Ensaio sobre a Dádiva (1923-1924) de Marcel Mauss a teoria que explicita que a motivação está no fato do “dar, receber e retribuir”, que de certa forma é explicitado na fala das enfermeiras que gostariam de receber o cuidado e atenção que dão as mulheres que atendem. Mas segundo Caillé essa teoria por si só não explica a motivação humana de trabalhar na saúde quando aquele que não pode retribuir encontra-se em posição inferior a aquele que doa, estabelecendo-se assim uma relação de forças desiguais ou antagônicas. Para que essa teoria da dádiva se complete também é necessário ter a dimensão do *care*, que em português assume a expressão de cuidado, mas que em sua tradução francesa adquire mais significados como (Caillé, 2013, p. 43-44) “cuidado, preocupação, atenção, solicitude, compaixão, benevolência, etc”.

Para pensar as teorias do *care* e da dádiva juntos Allain Caillé seleciona duas autoras: Carol Gilligan<sup>34</sup> e Joan Tronto<sup>35</sup>, de forma que Gilligan diz que as mulheres tem uma tendência naturalmente adquirida pra pensar o cuidado e além disso as mulheres pela sua própria formação social e histórica -como vistas na criação da medicina e no desenvolvimento da Enfermagem como profissão- são moldadas para ter uma moralidade que implique a preocupação com o outro o que liga o recorte de gênero em cursos de saúde, e no próprio desenvolvimento da Medicina que por tempos foi povoada por homens e da Enfermagem como prática feminina, estereótipos que foram adquiridos culturalmente, pois as divisões dos papéis ocorrem muito cedo.

<sup>33</sup> Revista do Movimento Anti-Utilitarista nas Ciências Sociais, fundada por por Alain Caillé um dos principais difusores do pensamento maussiano na atualidade.

<sup>34</sup> GILLIGAN, C. In *A Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press, 1982.

<sup>35</sup> TRONTO, J. *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge, 1993.

Contrária a essa concepção Tronto afirma que não dá pra pensar que as mulheres são biologicamente benevolentes, e tanto homens quanto mulheres podem trabalhar com o cuidado o que é explicado pelo fato que mesmo em um meio predominantemente feminino, dentro da Casa de Parto trabalhe um homem. Mas Tronto diz que há uma desvalorização das tarefas ligadas ao cuidado em função delas mostrarem a vulnerabilidade e dependência, características contrárias a autossuficiência do homem econômico, que ao não querer perceber sua própria fragilidade acaba não reconhecendo a aqueles que dispensam o cuidado que deve ser visto como um trabalho.

Apenas as dádivas masculinas que se libertam da concepção de necessidade, são valorizadas, o que explica a questão de os Médicos serem considerados hierarquicamente superiores, e detentores de poder de decisão dentro das instituições de saúde, em relação as Enfermeiras em que “restam apenas posições subalternas” (Caillé, 2013, p.57) e a execução de tarefas bem como a não participação do desenvolvimento do planejamento e condução dos processos de trabalho. Para além disso, Caillé diz:

Toda organização deve evidentemente implementar uma divisão eficaz do trabalho que permita que cada um saiba o que lhe cabe fazer, mas sem encerrar todos num organograma tão rígido que impeça a tomada de iniciativas necessárias ao bom funcionamento do conjunto. Do mesmo modo, em toda organização se vê que a eficácia geral depende da capacidade de dádiva e de “entrega” dos seus membros. Nada pode funcionar se esses não se ajudarem permanentemente com conselhos técnicos, apoios afetivos e informação de todo tipo, nada pode funcionar tampouco, se eles não acreditarem em seu trabalho, em seu valor ético e humano e em seu interesse intrínseco. Em outras palavras, se não estiverem prontos a se dedicar ao seu trabalho, a se entregar totalmente (ALLAIN CAILLÉ, 2013, p.58).

Dentro da Casa de Parto o que se observa é que há a divisão profissional e técnica das funções desempenhadas por enfermeiras e técnicas de enfermagem, ou seja, há hierarquia entre as enfermeiras e as técnicas mas isso não as divide grupalmente. Ao que percebi não existe na Casa uma relação de hierarquia tão explícita quanto a de Centros obstétricos e hospitais, mas uma profunda simetria entre a equipe que a compõe. Embora cada uma saiba de suas funções dentro do local, todas podem contribuir para a organização das ações de serviço dentro do ambiente de trabalho como um todo por meio das reuniões de protocolo, que servem não somente para a delimitação do serviço, mas também para o conhecimento e recebimento da devolutiva (contradávica) de suas ações de trabalho e também

como ambiente de confraternização e de ajuda mútua, principalmente, nos momentos em que elas necessitam de apoio quando precisam liberta-se do “organograma rígido” para atender e cuidar de mulheres que não encontram possibilidade de serem atendidas em outros locais da rede de saúde.

Diferentemente dos processos de tomada de decisão dos Centros Obstétricos de hospitais que abarcam decisões mais complexas e de risco mais emergencial, as decisões da Casa de Parto se mostram como mais coletivas, na medida em que o próprio sistema de baixa complexidade e baixo risco desse tipo de serviço permite que as decisões sejam tomadas conjuntamente entre o grupo, o que permite as enfermeiras a ajudarem e se apoiarem mutuamente.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a apresentar uma pequena demonstração de características do universo de cuidado e serviços prestados pela Casa de Parto de São Sebastião, trazendo em perspectiva uma pequena parcela do cotidiano, das decisões e das ações desempenhadas pela Equipe de Enfermagem. Trazer em tela a retomada de uma pequena parte da história de vida das mulheres que compõem a Equipe de Enfermagem possibilita uma aproximação entre memória e trabalho que não deve ser perdida, uma vez que tudo aquilo que somos e fazemos é resultado daquilo que fomos das relações que tivemos e do que aprendemos.

Não propus uma análise ou comparação entre a Casa de Parto e um Centro Obstétrico, como uma vez fora me perguntado em campo, pelo simples fato de a Casa de Parto e os Centros Obstétricos de Brasília constituírem-se de serviços com objetivos, características e dimensões diferentes. Além disso, o olhar não estava voltado simplesmente para o serviço e as práticas em si, mas também para aqueles que executam e pensam essas práticas. Comparar neste caso significaria perder de vista as características singulares daquelas que compõem a Casa de Parto.

Por isso, sugiro aqui que os gestores de Saúde e formuladores de políticas públicas estejam atentos às motivações e interesses daqueles que compõem e integram esses serviços, bem como se atenham ao desenvolvimento da capacitação e educação desses profissionais, para que a dimensão da motivação humana não se perca, pois além da motivação que direciona a ação para os indivíduos cuidados há aquela que direciona e se estabelece nas relações estabelecidas entre aqueles que oferecem esse cuidado. No limite, o exemplo da CPSS sugere para a Saúde Coletiva que as decisões nos serviços de saúde podem ser tomadas de maneira diferente, mais horizontalizada e respeitosa, contribuindo e muito para a mudança dos serviços.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo**. Produzir e analisar dados, 2007.

BIRMAN J. **A Physis da Saúde Coletiva**. *Physis* 2005; 15(supl):11-16.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 11.108 de abril de 2005**. Brasília.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 2.815, de 29 de maio de 1998**. Brasília.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 888/GM de 12 de Julho de 1999**. Institui o Projeto Casas de Parto e Maternidades Modelo; 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em: 20 Jan 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 2.815/98 GM de 29 de maio de 1998**. Inclui na tabela do sistema de informações hospitalares do SUS, e na tabela do sistema de informações ambulatoriais, o grupo de procedimentos parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. Brasília, 2 de junho de 1998, seção 1:48.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Portaria n. 985/GM de 05 de Agosto de 1999. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459/GM, 24 de Junho de 2011**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 904 de 29 de maio de 2013**. Brasília.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11 de 07 de janeiro de 2015**. Brasília.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual Prático Para Implementação da Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: [www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062). Acesso em: janeiro de 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 572 de 1 de junho de 2000**. Institui o Componente III do PHPN – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 9.

BRENES. **Historia da Parturição no Brasil, século XIX**. Cadernos de saúde Pública 1991;7 (20: 135-149).

CAILLÉ, Alain. Dádiva, Care e Saúde. **Sociologias**, v. 16, n. 36, p. 42-59, 2014.

CASTILHO, Sueli A. **Resgate do parto normal: as contribuições de uma tecnologia apropriada.** Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem, 2000. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).

CIOCCARI, Marta. **Reflexões de uma antropóloga" andarina" sobre a etnografia numa comunidade de mineiros de carvão.** Horizontes Antropológicos, v. 15, n. 32, p. 217-246, 2009.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração.** Elsevier Brasil, 2003.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração – Teoria, Processo e Prática.** São Paulo: Pearson, 2000. CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos novos tempos.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

DAVIS-FLOYD, Robbie. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth.** In: **International journal of Gynecology & Obstetrics.** International Conference on Humanization of Childbirth. Fortaleza, Brazil, 2-4 November 2000, p. 5-23.

DINIZ, C.S.G.. **Entre a técnica e os direitos humanos:** possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. f 264. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil:** os muitos sentidos de um movimento. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** São Paulo: Graal, 2008.

FRANÇA, M.;CARNEIRO, R. G. **Modelo de Atenção ao Parto Humanizado: A Casa de Parto de São Sebastião - DF.** 20º Congresso de Iniciação Científica, Universidade de Brasília; 11º Congresso de Iniciação Científica do Distrito Federal, 2014.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1989.

GIL, L. P. **Possibilidades de articulação entre os sistemas de Parto Tradicionais entre os Povos Indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá**. Medicina Tradicional Indígena em contextos. In: Anais da I Reunião de monitoramento. Luciane O.F e Patrícia S. O. (org). Projeto Vigisus II/ Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

HOTIMSKY, Sonia N. **Parto e nascimento no Ambulatório e na Cassa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) – Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo.

KIRKHAM, M. **Birth Centers: a social model for maternity care**. Philadelphia: Elsevier; 2003.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2010.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. **O (velho e bom) caderno de campo**<sup>1</sup>. 1997.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde**, p. 108-137, 2004.

NAKAMURA, Eunice. **O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica**. Saúde e Sociedade, v. 20, n. 1, p. 95-103, 2011.

NAVES, Maria Margareth Veloso. **Introdução à pesquisa e informação científica aplicada à nutrição**. Rev. Nutr., Campinas, v.11, n.1, jun. 1998.

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito**. Saúde e Sociedade, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OLIVEIRA, Roberto Oliveira de. **O trabalho do antropólogo**. 3. ed. São Paulo: Paralelo 15, 2006. Capítulo 01.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: OMS, 1996.

OSAVA, RUTH HITOMI. **Casas de Parto: o parto fora do hospital.** Saúde Coletiva, vol. 1, núm. 4, 2004, pp. 8-14 Editorial Bolina São Paulo, Brasil.

PÁDUA, E. M. M. de. Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática. Campinas: Papirus, 1996. 94p.

PESSOA, E. S.S.A SILVA, M. J.D. A mulher tupinambá e práticas culturais indígenas no Brasil Colonial. In: **Anais do II encontro Internacional de História Colonial.** Mneme- Revista de humanidades. UFRN. 2008, Caicó (RN).

PEREIRA, A. L. F.O **Processo de implantação da Casa de Parto no Contexto do Sistema Único de Saúde:** uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci.Tese de Doutorado. Rio de Janeiro.2007.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

PORFÍRIO, AB, Progianti JM, Souza DOM. **As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 abr./jun.;12(2):331-6. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.7087>>. Acesso em: 15 de novembro de 2014.

RAMOS, Ticiana Osvald. **Casas de parto autônomas no contexto brasileiro: conflitualidades e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos.** 2013. 351 f., il. Tese (Doutorado em Sociologia)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

REHUNA. **Rede pela humanização do parto e do nascimento.** Carta de Campinas. Mimeo.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, p. 1297-302, 2009.

SILVA, Aline Pacheco et al. **Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de história de vida. Mosaico: estudos em psicologia**, v. 1, n. 1, p. 25-35, 2007.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4. ed.** rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p.

TORNQUIST, CS 2004. **Parto e poder: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil.** Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC.

TEIS, Denize; Mirtes. **A abordagem qualitativa: a leitura no campo de pesquisa.** 2006.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea.** Zahar, 1987.

## APÊNDICE

### Questionário

#### 1. Bloco - **Identificação.**

- Nome:
- Idade:
- Cidade Natal:
- Estado Civil:
- Cor/Raça:
- Religião:
- Contato:

#### 2. Bloco - **Vida**

1. Onde nasceu? E a família onde mora?
2. Reside perto do local de trabalho?
3. Por que escolheu a enfermagem?

#### 3. Bloco - **Processo de formação.**

1. Onde você realizou a formação em enfermagem?
2. Por que escolheu a obstetricia?
3. Onde você fez estagio? Pode descrever suas experiencias mais marcantes?

#### 4. Bloco - **A profissão**

1. Onde você já trabalhou?
2. Como chegou até a Casa de Parto? Você escolheu ir pra lá?
3. A quanto tempo trabalha na CP?
4. Qual sua opinião sobre trabalhar na CP?
5. Já teve outras experiências em Centros Obstétricos? Como foi?
6. Na sua opinião, qual a diferença entre uma CP e um Centro Obstétrico?
7. O que a fez permanecer trabalhando ali?

#### 5. Bloco - **Sistema**

1. Quais os principais problemas enfrentados?
2. Existem protocolos nacionais de atuação em CP? (Se não) Você acha que deveria existir algum nacional?
3. Existe mais liberdade de atuação em uma CP? Se sim isso ajuda nos processos de trabalho?
4. Existe alguma hierarquia dentro da Equipe de Enfermagem da Casa de parto?
5. Quando ocorrem problemas dentro da CP como vocês procuram solucionar?
6. Como você acha que é a percepção da comunidade em relação a CP?

## ANEXO

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA - FEPECS/SES-DF

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cuidado e co-gestão: a experiência de quem procura/trabalha na Casa de Parto/DF

**Pesquisador:** Rosamaria Carneiro

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 33361914.4.0000.5553

**Instituição Proponente:** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 799.109

**Data da Relatoria:** 22/09/2014

**Apresentação do Projeto:**

sem alterações

**Objetivo da Pesquisa:**

sem alterações

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

sem alterações

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

sem alterações

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Encaminhado novo TCLE de acordo com a pendência solicitada

Pendência atendida

**Recomendações:**

sem alterações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com





COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 799.109

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 22 de Setembro de 2014

---

Assinado por:  
**LUIZ FERNANDO GALVÃO SALINAS**  
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com